

Année 1963

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Henry RICHOU

né le 9 août 1931 à Evron (Mayenne)

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 1963

Contribution à l'étude
des troubles psychiques
après
hystérectomie et ovariectomie

Président : M. Jean DELAY, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Henry RICHOU

né le 9 août 1931 à Evron (Mayenne)

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 1963

Contribution à l'étude
des troubles psychiques
après
hystérectomie et ovariectomie

Président : M. Jean DELAY, Professeur

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Sirohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN	Léon BINET <i>Membre de l'Institut.</i>
1 ^{er} ASSESSEUR	Gaston CORDIER
2 ^e ASSESSEUR	Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

Anatomie
 Anatomie pathologique
 Anesthésiologie
 Biochimie médicale
 Biologie appliquée à l'Education physique et Sports
 Biologie médicale
 Cancérologie médicale et sociale
 Embryologie
 Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)
 Histologie
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine du travail
 Médecine légale
 Microbiologie (bactériologie et virologie)
 Parasitologie
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie exotique
 Pathologie expérimentale et comparée
 Pathologie médicale
 Pathologie respiratoire
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pharmacologie
 Physiologie
 Physiologie et pathologie obstétricale
 Physique médicale
 Radiologie médicale
 Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale
 Thérapeutique
 Thérapeutique appliquée

MM.

DELMAS (A.)
 DELARUE (J.)
 BAUMAN (J.)
 JAYLE (M.-F.)
 SCHAPIRA (G.)
 CHAILLEY-BERT (P.)
 FAUVERT (R.)
 BERNARD (J.)
 TUCHMANN (H.)
 JOANNON (P.)
 GIROUD (A.)
 BOYER (J.)
 DESOILLE (H.)
 DEROBERT (L.)
 FASQUELLE (R.)
 BRUMPT (L.-C.)
 LAURENCE (G.)
 N...
 MERKLEN (F.-P.)
 N...
 TURIAF (J.)
 BOUDIN (G.)
 CHEYMOL (J.)
 BINET (L.)
 BARGETON (D.)
 LEPAGE (F.)
 DOGNON (A.)
 DJOURNO (A.)
 DESGREZ (H.)
 CAUCHOIX (J.)
 CONTE (M.)
 LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale
 Biologie médicale
 Hygiène et médecine préventive
 Pharmacologie
 Physiologie
 Physique médicale

DESGREZ (P.)
 POLONOVSKI (J.)
 BOURLIERE (F.)
 DEPARIS (M.)
 LEVY (Mlle J.)
 PARROT (J.)
 KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
	LORTAT-Jacob (J.L.)
	LEGER (L.)
	ABOULKER (P.)
Cliniques chirurgicales	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..	MERLE-D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	GAUDART-D'ALLAINES
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	(F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DECOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	MILLIEZ (P.)
	LENEGRE (J.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BROUET (G.)
	BARIETY (M.)
	SEZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
	GENNES (L. de)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEROT (M.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DAVID (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la	GARCIN (R.)
nutrition (Hôtel-Dieu)	LACOMME (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	MERGER (R.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	VARANGOT (J.)
	RENARD (G.)
Cliniques obstétricales	AUBRY (M.)
	LELONG (M.)
	MARIE (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	BERNARD (E.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MICHAUX (L.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	COSTE (F.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	DECHAUME (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	ROUX (M.)
Clinique de pneumo-physiologie (Laënnec)	LEMAIRE (A.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	GAULTIER (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	PADOVANI (P.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DOMART (A.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	POILLEUX (F.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	COUVELAIRE (R.)
Clinique toxicologique	TURPIN (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	
Sémiologie médicale	
Sémiologie et clinique chirurgicales	
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (M.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.								
Anatomie	{ CABROL (C.)	Neuro-chirurgie ...	PERTUISET (B.)								
	{ COUINAUD (C.)	Neurologie	LAPRESLE (J.)								
	{ GILLOT (C.)										
	{ OLIVIER (G.)										
	{ OLIVIER (G.) pr. s.ch.										
{ GAUTHIER-VILLARS M ^{lle}											
Anatomie pathologie	{ pr. s. ch.	Obstétrique	GRANJON HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)								
	{ ALBELANET (R.)										
	{ CHOMETTE (G.)										
	{ GOUYGOU (C.) m. cf.										
	{ NEZELOFF (Ch.)										
Anesthésiologie ...	{ ORCEL (L.)	Ophtalmologie	{ BREGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)								
	{ PAILLAS (J.)										
	{ KERN (E.)										
	{ VOURC'H (G.)										
	{ BARBIER (P.) pr.s.ch.										
Bactériologie	{ CHRISTOL (D.)	Orthopédie	{ JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)								
	{ LE MINOR (L.)										
	{ TOURNIER (P.)										
	{ BAULIEU m. conf.										
Biochimie médicale	{ BOURILLON (R.)	Oto-rhino- laryngologie	{ DEBAIN (J.) PIALOUÉ (P.)								
	{ CARTIER (P.)										
	{ DREYFUS (J.-Cl.)										
	{ CONNARD (P.)										
	{ KRUIH (J.)										
Biologie appliquée à l'Education physi- que et aux sports..	{ JEROME (H.)	Parasitologie	{ GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)								
	{ PLAS (F.)										
Carcinologie	{ BOIRON (M.)	Pathologie chirurgicale	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (C.L.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART D'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)								
	{ DENOIE (P.)										
	{ MATHE (G.)										
	{ SELIGMANN (M.)										
Dermato-syphilogra- phie	{ CIVATTE (J.)			Pathologie exotique	{ SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)						
	{ DUPERRAT (B.)										
Electro-radiologie ..	{ LEDOUX-LEBARD (G.)					Pathologie expérimentale	{ SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)				
	{ BESSIS (M.)										
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER							Pathologie expérimentale	{ SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)		
	{ DAUSSET (J.)										
	{ DUHAMEL (G.)										
Histologie	{ COUJARD pr. s. ch.									Pathologie expérimentale	{ SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)
	{ MAROIS (M.)										
	{ RACADOT (J.)										
Hydrologie	{ BESANÇON (F.)	Pathologie expérimentale	{ SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)								
	{ CORNET (A.)										
	{ BOYER pr. s. ch.										
Hygiène	{ BLANCHER (G.)			Pathologie expérimentale	{ SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)						
	{ CORRE-HURST (M ^{me})										
	{ SAPIN-JALOUSTRE										
Maladies infectieuses	{ BASTIN pr. s. ch.					Pathologie expérimentale	{ SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)				
	{ DUPONT (V.)										
Médecine légale ...	{ FOURNIER (E.)							Pathologie expérimentale	{ SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)		
	{ GUENIOT (M.)										
	{ HADENGUE (A.)										
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)									Pathologie expérimentale	{ SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)

	MM.		MM.
Pathologie médicale	AUSSANAIRE (M.)	Physiologie	BARRES (G.)
	BOUVIER (J.)		DEJOURS (P.)
	BOUVRAIN (Y.)		pr. s. ch.
	BRICAIRE (H.)		DURAND (J.)
	BRISSAUD (H.)		GIRARD m. conf.
	BROCARD (H.)	Physique médicale	HUGELIN (A.)
	BUGE (A.)		SCHERRER (J.)
	CATINAT (J.)		CHANTEUR (J.)
	CHRETIEN (J.)		GOUGEROT m. conf.
	COBLENTZ (B.)		pr. s. ch.
	CONTAMIN (F.)		GREMY (F.) m. conf.
	COURY (C.)	Pneumo- ptisiologie	MILHAUD (G.)
	ETIENNE (J-P.)		PELLERIN (P.)
	FREZAL (J.)		ROUCAYROL (J.-Cl.)
	FRITEL (D.)		UBIANA m. conf.
	HENNEQUET (A.)		
Pédiatrie Puériculture	HIMBERT (J.)	Psychiatrie	KREIS (B.)
	HOUSSET (E.)		MEYER (A.)
	LAROCHE (Cl.)		RENAULT (P.)
	LESOBRE (R.)		PICHOT (P.)
	LEVEQUE (B.)	Psychiatrie infantile	DENIKER (P.)
	MACREZ (C.)		DUCHE (D.)
	MOREAU (L.)		FLAVIGNY (H.)
	NICK (J.)		
	ROYER (P.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	TOURNEUR (R.)		pr. s. ch.
	WOLFROMM (R.)		
	LAFOURCADE (J.)		CERNEA (P.)
	LEPERQ (G.)		CHAPUT (M ^{me})
	MANDE (R.)	Stomatologie	m. conf. agr.
	MOZZIACONACCI (P)		GRELLET (M.)
	POLONOVSKI (J.)		CHASSAGNE (P.)
	ROSSIER (C.)		MARCHE (J.)
	VIALATTE (J.)	Thérapeutique	AUVERT (J.)
Pharmacologie	VOISSIER (J.)		MOULONGUET (A.)
	LECHAT (P.)		QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique ..	DESVIGNES (P.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)		OFFRET (G.)
Clinique médicale..	PERRAULT (M.)	Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
	RAMBERT (P.)		
	THIERRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK
Clinique obstétricale	GRASSET (J.)	Clinique urologique	KUSS (R.)
	MAYER (M.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.)	Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.)	Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

LAUNAY (C.)
BOLTANSKI (E.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.).
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de M. le Professeur Gaston RAMON

A MON GRAND-PERE

Avec ma profonde affection.

A MON PERE

*Directeur de Recherches à l'Institut National d'Hygiène
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Il est toujours pour moi un exemple de travail et de courage. Il sut me guider et me soutenir. Puisse-t-il trouver dans ce modeste ouvrage le faible témoignage de mon affection.

A MA MERE

A qui je dois tant, témoignage de ma profonde affection.

A MA FEMME

Qui fut toujours ma fidèle collaboratrice.

Avec ma profonde affection.

A MES ENFANTS

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A M. le Professeur DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Mentales
Membre de l'Académie Française et de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre jury.
Hommage de profonde reconnaissance
et de vive admiration.

A M. le Docteur ANGLADE
Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

Il est le Maître qui sut nous faire aimer la Psychiatrie. Sa bienveillance à notre égard est toujours égale. Sa sagesse nous est un exemple.

Nous lui devons ce travail qu'il nous a suggéré et dans l'élaboration duquel il nous a guidé.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A M. le Professeur KOURILSKY

Professeur de Clinique Médicale

Officier de la Légion d'Honneur

Plus qu'un Maître bienveillant, il fut toujours pour nous le Guide dévoué qui ne cessa de nous prodiguer ses conseils et de nous encourager.

Il nous a maintes fois aidé. Nous lui devons beaucoup.

Nous voudrions qu'il trouve dans ce modeste travail l'expression de notre très profonde reconnaissance.

A M. le Professeur CORDIER
Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de l'Académie des Sciences
Officier de la Légion d'Honneur

Pour la sollicitude qu'il nous a toujours
montrée.

Hommage respectueux et reconnaissant.

A M. le Professeur FASQUELLE
Professeur de la Chaire de Bactériologie

Avec l'expression de notre respectueuse
reconnaissance pour l'accueil bienveil-
lant qu'il nous a toujours réservé.

A M. le Docteur GROSSIORD
Médecin des Hôpitaux de Paris

Dont l'enseignement nous fut d'un si
grand profit.

Avec notre gratitude pour l'accueil si
chaleureux que nous avons toujours
trouvé dans son Service.

A M. le Docteur P. ABELY

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Nous lui exprimons nos plus vifs remerciements pour les conseils qu'il nous a prodigués au cours de l'élaboration de cette thèse.

A M. le Docteur DAUMEZON

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Qui nous accueille toujours dans son Service avec tant de bienveillance.
Hommage respectueux et reconnaissant.

A M. le Docteur FRAILLON

Que nous remercions pour la complaisance avec laquelle il nous a aidé dans l'interprétation des tracés EEG.

A M. le Docteur ADNES
Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques
Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux.

A Mlle le Docteur PLATTARD
Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

Hommage respectueux.

A M. le Proviseur PRAUD

Pour la sympathie qu'il nous a toujours
accordée.

*Contribution à l'étude
des troubles psychiques
après hystérectomie et ovariectomie*

« De même chez les femmes, ce qu'on appelle matrice ou utérus est un animal au dedans d'elles, qui a l'appétit de faire des enfants; et lorsque, malgré l'âge propice, il reste un long temps sans fruit, il s'impatiente et supporte mal cet état; il erre partout dans le corps, obstrue les passages du souffle, interdit la respiration, jette en des angoisses extrêmes et provoque d'autres maladies de toutes sortes... »

(PLATON, "Le Timée".)

INTRODUCTION

La littérature médico-chirurgicale est très abondante en ce qui concerne, de près ou de loin, la ménopause physiologique. Par contre, elle est relativement restreinte lorsqu'elle a trait à la ménopause artificiellement créée par la castration, que celle-ci soit chirurgicale ou radiothérapique. La plupart des auteurs s'accordent pour reconnaître une physiothérapie et un tableau clinique analogues, en soulignant toutefois que la castration entraîne des troubles à la fois plus constants et plus brutaux, étant donné la soudaineté de l'installation de l'état ovarioprive.

Nous n'envisagerons ici que les troubles mentaux, plus ou moins graves, consécutifs à la seule castration chirurgicale. Nos observations seront toutes celles de femmes hystérectomisées avec ovariectomie bilatérale. Nous avons éliminé les malades n'ayant subi qu'une hystérectomie simple ou qu'une ovariectomie bilatérale ou unilatérale, écartant ainsi le syndrome de l'ovaire restant.

Tout au long de notre étude, nous essaierons de montrer que l'hystérectomie avec ovariectomie n'est pas une intervention aussi bénigne qu'on a pu le dire et que même le seul fait d'enlever l'utérus est capable d'engendrer un certain nombre de désordres psychiques.

Nous ferons tout d'abord l'historique de la question; puis, nous nous efforcerons, dans un court chapitre, de dégager la différence qui nous semble exister, du point de vue hormonal, entre la ménopause physiologique et la ménopause chirurgicale. Nous aborderons ensuite nos observations personnelles qui seront suivies d'un bref exposé hormonal d'une part, et électro-encéphalographique d'autre part.

Enfin, nous ferons suivre nos conclusions d'une bibliographie se rapportant aux travaux qu'il nous a été possible de consulter.

HISTORIQUE

De même que Robert Traissac. Mlle Perrin et Jacques Morin qui ont récemment présenté un rapport sur 80 cas personnels, nous pensons que les troubles de la castration sont plus importants, plus graves et plus fréquents qu'on ne le pense couramment. Ils sont présents, selon ces auteurs, dans 85 % et particulièrement accusés dans 30 % des cas. Si la durée des troubles post-castrationnels oscille le plus souvent entre deux et six ans, dans un nombre de cas non négligeables, ils peuvent persister jusqu'à vingt ans.

Si l'on ajoute à cela qu'environ un tiers des femmes castrées avant l'âge de 40 ans présentent des troubles du caractère, qu'un tiers ont des troubles sexuels et que les autres conservent une diminution importante de l'aptitude au travail avec fatigabilité, cela équivaut à dire, avec Traissac, qu'une malade sur trois présente, après la castration, un véritable bouleversement de la personnalité.

Ces pourcentages statistiques situent, dans ses justes proportions, le tragique problème de la ménopause artificielle.

*
**

Les chirurgiens, gynécologues et médecins qui se sont penchés sur ce problème ne partagent pas tous le même avis. Si la plupart semblent enclins à pratiquer ou à préconiser une chirurgie conservatrice, un certain nombre d'auteurs, irréductibles, considèrent ce type d'intervention comme inutile, voire dangereux, lui préférant une chirurgie radicale qu'ils n'estiment pas préjudiciable.

A l'encontre de ces deux prises de position aussi différentes, les psychiatres et les psychanalystes, qui se sont penchés sur le même problème, sont tous d'accord pour voir dans l'hystérectomie avec ovariectomie une mutilation grave, d'autant plus que la fem-

me est jeune, et capable de déclencher divers troubles, en particulier d'ordre psychiatrique.

*
**

De fait, il semble difficile de prouver la légitimité de la castration ovarienne, si l'on en juge par les divergences et les discussions passionnées qui renaissent périodiquement depuis le siècle dernier.

Après une période enthousiaste de conservation, qui eut son écho au Congrès de Chirurgie en 1891, l'opposition renaît dès 1907 à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique.

Puis, sous l'impulsion d'un certain nombre d'auteurs, on revient, en France, à une attitude résolument radicale (1910-1924), tandis qu'à l'étranger et en Amérique, en particulier, de nombreux chirurgiens restent fidèlement conservateurs.

Aux Congrès de Chirurgie de 1924 et 1926 se fait jour une évolution inverse en rapport avec les progrès faits dans la connaissance de la physiologie de l'ovaire et les perfectionnements des techniques chirurgicales. Mais il existe toujours une résistance très vive de la part des chirurgiens dits « radicaux » dont l'argumentation s'enrichit progressivement de l'effet des produits de substitution.

Enfin, au Congrès de Gynécologie de 1959, la tendance conservatrice s'affirme et paraît triompher. En effet, de l'enquête entreprise par le professeur Funck-Brentano et des nombreuses opinions françaises et étrangères se dégage une quasi unanimité en faveur de la conservation ovarienne. Mais, selon M. Mintz, si la conservation a des adeptes de plus en plus nombreux parmi les chirurgiens gynécologues et les accoucheurs gynécologues, un très grand nombre d'interventions radicales continuent d'être pratiquées par les chirurgiens généraux.

*
**

Suivant MM. Funck-Brentano et P. Thomasson, trop de chirurgiens, trop de gynécologues, trop de médecins ont tendance à considérer la ménopause chirurgicale comme une conséquence véniale de la castration. Ils estiment que ces accidents ne diffèrent guère de ceux de la ménopause physiologique et que, de toute façon, une thérapeutique endocrine neutralise les effets nocifs de la suppression ovarienne et assure un remplacement qui suffit à rééquilibrer la femme. Selon ces auteurs, cette conception serait prétentieuse car elle tend à affirmer notre connaissance parfaite, actuelle, de tous les éléments de la sécrétion ovarienne. En particulier, dans les inclusions de pelets, on sait que ceux-ci peuvent diffuser d'une façon parfaitement désordonnée et souvent excessive, ou au con-

traire qu'ils peuvent s'enkyster et ne remplir en rien le rôle qui leur était assigné.

Ils insistent sur le fait que la ménopause naturelle est caractérisée par un long stade d'hyperpituitarisme avec augmentation de la FSH, de l'acidophilie vaginale et des effets à distance: mammaires (tension, gonflements), thyroïdiens, surrénaux (augmentation des 17 céto-stéroïdes, pilosité), ce qui n'existe pas, ou peu, après la castration.

Le geste chirurgical, dit radical, de la suppression ovarienne s'exécute dans deux circonstances très différentes: ou bien il est imposé par une double annexite, ou bien la suppression ovarienne est exécutée de propos délibéré. A l'occasion d'une intervention sur l'utérus, les annexes étant normales, la castration porte sur des ovaires sains et la femme sera brusquement privée d'organes dont la sécrétion avant l'intervention était normale. C'est chez elle, même si son âge approche de celui de la ménopause physiologique, qu'apparaîtront les troubles de la castration avec leurs multiples manifestations.

S'il est certain que le chirurgien est souvent en présence de femmes âgées de moins de 35 ans, qui conservent un désir marqué de maternités ultérieures et sont encore en pleine possession de leur potentiel sexuel, mais porteuses d'un fibrome imposant une action thérapeutique efficace, il est bien évident que la myomectomie constitue alors l'indication de choix. Aussi Funck-Brentano estime-t-il que les indications de la myomectomie sont actuellement fréquentes, quitte, en laissant l'organe en place et en lui conservant son intégrité, à voir se développer dans les années à venir de nouveaux fibromes.

« Je ne sais ce que vous en pensez, dit R. Keller de Strasbourg, mais j'ai trouvé dans ma carrière plusieurs cas qui étaient ainsi: la première fois, en présence d'un kyste, on enlevait complètement l'ovaire et, la seconde fois, on ne pouvait pas faire autrement que d'enlever complètement l'autre ovaire. Ces personnes sont des victimes, je ne dirai pas du deuxième opérateur, mais du premier qui a opéré plus largement et aurait dû se contenter de faire moins. Je dirai ceci en tout état de cause et en gynécologie en général, c'est la conservation qui doit dominer; *il ne faut pas supprimer un organe quand on peut le conserver.* »

Nous avons eu personnellement l'occasion, dans un service parisien, de voir une jeune femme qui avait subi en province une intervention sur la sphère génitale et à laquelle on avait dit avoir pratiqué l'ablation d'un ovaire. Quelque temps après, s'étonnant d'une aménorrhée persistante, elle vint consulter et une coelioscopie montra qu'en fait on avait fait l'ablation des deux ovaires !...

En ce qui concerne la prophylaxie, il faut, lors d'une première intervention, faire le maximum pour conserver le plus possible de tissu ovarien, afin de préserver la femme et de lui garder un ovaire ou un reste d'ovaire qui est excessivement précieux pour elle puisqu'on ne peut le remplacer par quoi que ce soit.

Lors d'une discussion à la Royal Society of Medicine, M. John Neattie avança que l'hystérectomie pouvait avoir un effet fondamental et traumatisant. Cela s'applique en particulier aux nullipares et aux célibataires quel que soit leur âge au moment où l'intervention devient nécessaire. Les conséquences ont des chances d'être plus graves entre 30 et 40 ans, mais aussi après 40 ans. Les conséquences sérieuses du point de vue psychique se produisent lorsqu'une femme a été privée de la faculté d'avoir des enfants, même si elle n'a pas eu l'opportunité d'en avoir dans le passé et même si elle a atteint un âge où toute grossesse est impossible. Car c'est un sentiment qui tient une part prépondérante dans la vie d'une femme.

Les indications mal choisies et les hystérectomies pratiquées sans que l'on ait tout mis en œuvre pour éviter si possible l'opération, peuvent conduire à un dérangement mental qui varie considérablement d'un état névrotique léger, caractérisé par de l'anxiété et une dépression passagère, à l'hypocondrie avec douleurs et craintes corporelles accompagnées d'une dépression plus grave.

Le Dr. Ida Mac Alpine, au cours de la même séance de la Royal Society of Medicine, insiste sur la nécessité d'être extrêmement conservateur chez les jeunes femmes et d'éviter l'hystérectomie tant qu'elle n'est pas absolument nécessaire. La conservation pendant la période de fécondité est essentielle. Même à 40 ans, l'ovariectomie bilatérale avec hystérectomie est un désastre et on ne devrait s'y résoudre qu'en cas de malignité.

Il est en effet des femmes qui considèrent la ménopause comme une fin, prise dans toute l'acception du terme. Ces patientes seront irritables et éprouveront exagérément la peur de vieillir. Elles ressentiront avec une particulière acuité le retrécissement du cercle social, l'amenuisement des relations, la diminution des amis, le grandissement des enfants qui partiront. Tous ces problèmes peuvent être analysés et contrôlés par une femme stable et intelligente, mais il est bien évident qu'ils prendront des proportions catastrophiques chez des femmes instables au terrain dysthymique. Chez ces dernières, à moins de développer des intérêts nouveaux, la brutale apparition de bouffées de chaleur, de transpiration, d'aménorrhée va entraîner des troubles psychologiques.

Le Professeur W.C.W. Nixon pense que, même lorsqu'il y a

conservation des deux ovaires, l'hystérectomie peut être suivie de troubles psychologiques de gravité variable.

Le Dr. C.J.V. Crosby va plus loin encore en affirmant que l'ablation, même d'un seul ovaire, cause un profond effet psychologique par la crainte de stérilité qu'elle entraîne.

On voit donc que toutes les interventions sur la sphère génitale de la femme sont considérées, dans la plupart des cas, comme spécialement traumatisantes: par suite, qu'on ne doit les pratiquer qu'à bon escient, en pesant soigneusement chaque argument. Et, dès lors qu'une intervention devient indispensable, il faudrait, suivant le Dr. Frank Musgrove, convoquer la femme et son mari afin de leur expliquer la situation présente, les symptômes qui suivront et de quoi demain sera fait.

Cette prudence fait dire à Traissac et Decroux qu'il est particulièrement important de discuter soigneusement les indications de la castration, surtout dans les cas limites, compte tenu du pourcentage des troubles secondaires. Ils apportent leur témoignage de chirurgiens conservateurs, faisant partie de ceux qui, comme le Professeur Meigs, sont conservateurs, dans la mesure du possible « sans limite d'âge ».

Un certain nombre d'auteurs ont parfaitement saisi cette disproportion qui existe entre une intervention relativement bénigne et les troubles consécutifs souvent exagérés. Dans cette optique, on peut souscrire à l'opinion de Cotte: « A l'heure actuelle, le meilleur traitement des troubles consécutifs à la castration est de faire de la chirurgie conservatrice toutes les fois qu'on le peut et... on le peut souvent ».

Mais, dans cette matière, comme dans tant d'autres, l'accord des auteurs n'est pas absolu. C'est ainsi que W.M. Jacobs conclut que le type le plus complet de chirurgie pelvienne donne de bien meilleurs résultats que la chirurgie partielle qui laisse derrière elle un utérus non fonctionnel, simplement parce qu'une malade souhaite garder sa jeunesse et, à l'appui de cette thèse, il cite une étude d'Ellison aboutissant aux mêmes conclusions. Il pense qu'il est plus logique, si la maladie pelvienne a rendu impossible des grossesses futures, de pratiquer une hystérectomie totale, à condition que la malade soit en bonne condition physique, qu'elle ait été mise au courant et qu'elle ait accepté l'opération.

Beaucoup plus catégorique, mais aussi beaucoup moins nuancé, le Dr. E. Robert Rees affirme que perdre l'utérus, c'est perdre quelque chose qui n'est pas essentiel au métabolisme quotidien. A l'appui de ses affirmations, il fait remarquer que, chez l'animal domestique, le coït est chimiquement contrôlé et dépend du temps de l'ovulation (ce qui est en partie inexact: on sait en effet que

certain animaux, telle la lapine, ont une ovulation provoquée soit par le coït, soit même par le reflet de leur simple image dans une glace). Il admet que cela diffère dans l'espèce humaine où le facteur émotionnel est des plus importants (pour certains, il existerait également chez la femme un phénomène d'ovulation provoquée). L'auteur fait remarquer que le coït a lieu durant les premiers mois de la grossesse dans environ 70 % des cas et qu'il continue après la ménopause lorsque l'utérus a cessé d'être un organe fonctionnel. Ces arguments, dit-il, ont toujours réussi à convaincre les femmes que leur utérus n'était qu'une boîte « was merely a box » et que s'il causait la moindre gêne, de sa perte ne pourrait résulter qu'un soulagement et non des désavantages.

Il semble qu'une prise de position aussi formelle et catégorique soit exagérée. Elle entre d'ailleurs en contradiction avec l'opinion de la grande majorité des auteurs.

Il est bien certain que les troubles n'apparaissent pas dans la totalité des cas. Dans moins de 15 %, ceux-ci peuvent faire défaut. Mais l'expérience montre qu'il s'agit alors, ou bien de femmes au terrain émotionnel particulièrement stable, ou bien de cas où l'intervention s'avérerait indispensable.

*
**

Après avoir esquissé la divergence d'opinion chez les chirurgiens et gynécologues, nous allons maintenant situer le problème dans l'optique des psychiatres et des psychanalystes.

A l'heure de la ménopause, chez les femmes qui ont vécu une existence harmonieuse, leur équilibre et leur dignité, dit Oswald Schwartz, s'épanouissent dans une nouvelle forme de beauté. Au contraire, celles qui ont vécu en désaccord avec elles-mêmes et avec le monde extérieur, qui ont passé et gaspillé leur existence dans une lutte désespérée contre des ennemis fictifs de l'intérieur ou de l'extérieur et qui comptaient chaque jour sur le lendemain pour enfin trouver le bonheur qu'elles ne cessaient d'espérer et qui se dérobaient sans cesse, pour celles-là, la ménopause laisse une impression de banqueroute définitive, et ce qu'elles croient être la disparition à tout jamais de leur attrait féminin et de leur sexualité les prive de leur seule raison de vivre. *A fortiori*, la ménopause chirurgicale, infiniment plus brutale, qui prive d'un coup la femme de ce qu'elle considère comme le siège même de sa féminité, entraîne des désordres généralement plus graves. Nous voulons parler des désordres d'ordre psychologique, affectif ou psychiatrique.

Il convient ici de distinguer les hystérectomies avec ou sans annexectomie. Dans le premier cas, l'ablation des organes géni-

taux internes est totale et les troubles dus au dysfonctionnement endocrinien se superposent alors, quelle que soit la qualité des « drogues » de remplacement. Dans le second cas où sont laissés en place l'un ou les deux ovaires, les troubles purement hormonaux sont absents, mais les troubles mentaux persistent, certes à un degré moindre : mais leur persistance même est bien la preuve de la valeur symbolique de l'utérus dont la perte irrémédiable signe pour la femme opérée la fin de ce qu'elle considérait comme essentiel à sa féminité.

Drellich et Bieber attirent l'attention sur les difficultés d'adaptation des femmes à l'hystérectomie, en insistant sur les facteurs émotionnels qui contribuent à retarder l'effet du traitement, sur les troubles psychologiques pré et post-opératoires et sur la convalescence excessivement prolongée. Ils constatent sur un groupe de 40 femmes, opérées pour des affections bénignes et malignes, l'intérêt soudain qu'elles manifestent pour un organe dont elles ne s'étaient pas, jusqu'alors, spécialement préoccupées, intérêt qui se manifeste pour l'anatomie, la physiologie et la valeur propre de cet organe.

On peut chercher une explication à cela en examinant la mentalité primitive. Il existe une croyance universelle que l'on retrouve dans les plus anciennes écritures, à savoir la relation particulière qui existe entre la femme et la Lune. Celle-ci est généralement considérée comme une puissance fertilisante tout aussi capable de faire germer les graines que de donner aux animaux les petits et aux femmes les enfants. Certains « primitifs » croient encore que la lune est capable de féconder les femmes. Chez les Ahts et les Groenlandais, les femmes font bien attention de ne pas regarder la lune et ne se couchent pas sans s'être frictionnées le ventre avec de la salive pour éviter que la lune ne les féconde. Beaucoup de tribus primitives, ignorant le rôle joué par l'homme dans la reproduction, pensent que sa seule fonction se limite à rompre l'hymen ou à dilater le passage qui permettra aux rayons de la lune de pénétrer. Pour l'homme primitif la meilleure preuve en est le cycle menstruel, souvent d'ailleurs appelé cycle lunaire. Le synchronisme est remarquable entre le rythme mensuel de la femme et le cycle de la lune. Aussi y a-t-on vu depuis toujours un lien mystérieux. Dans de nombreux dialectes, les mots utilisés pour la « menstruation » et pour la « lune » sont étroitement apparentés. Les Indiens de l'Amérique du Nord considéraient que la lune était réellement une femme, la première femme. Les Maoris pensaient que la première menstruation était due au fait que la jeune fille avait pour la première fois eu des rapports avec la lune.

Ce souci des questions historiques peut sembler à première vue, pour un médecin, une marotte personnelle, explique C.G. Jung

dans la préface des « Mystères de la Femme » du Dr. E. Harding: c'est pourtant en un sens un apport nécessaire au bagage mental d'un psychothérapeute. L'examen de la psychologie des primitifs, du folklore, de la mythologie et de l'histoire comparée des religions nous ouvre les vastes horizons de la Psyché humaine et nous fournit l'aide dont nous avons si grand besoin pour comprendre les processus de l'inconscient... nous parvenons à mieux saisir ce facteur qui a tant d'importance dans la vie psychique, l'archétype. La Psyché ne serait pas seulement faite des idées inconscientes que l'on considère comme découlant d'impressions sensorielles, mais aussi d'idées qui reposent, semble-t-il, sur des perceptions sensorielles fortement altérées, modifiées par des éléments formatifs et inconscients, c'est-à-dire par des archétypes. Et si l'on peut expliquer une partie de la Psyché par des causes récentes, il semble bien qu'une autre partie ait ses racines les plus profondes dans l'histoire des races.

L'utérus est, pour la femme, un organe capital et s'il est plus rationnel, plus scientifique peut-être de substituer « *tota mulier in ovario* » à l'antique adage « *tota mulier in utero* », parce que, dit Funck-Brentano, l'ovaire est un organe féminin alors que l'utérus est un organe maternel, il n'empêche que, dans la croyance populaire, c'est l'utérus qui détermine le caractère cyclique de la vie. C'est le côté magique de sa fonction. Il n'est donc pas surprenant qu'une intervention chirurgicale, qui supprime radicalement un organe aussi chargé affectivement, entraîne des troubles graves et d'autant plus graves que l'on se trouve sur un terrain prédisposé.

Sans aller aussi loin que Wilhelm Stekel lorsqu'il écrit que « chaque opération est une grave intervention dans la vie psychique d'une femme et que les médecins devraient se rendre compte de ce fait avant d'autoriser toute opération », il est certain qu'un traumatisme aussi important qu'une hystérectomie, avec ou sans annexectomie, risque d'avoir une grande influence sur le développement d'une imagination névrotique. Nous en arrivons ici à la notion du terrain; en effet, après hystérectomie, toutes les femmes — nous avons déjà insisté sur ce point — ne font pas de troubles mentaux et nous verrons qu'elles en font moins si elles ont déjà dépassé l'âge de la ménopause physiologique que si elles sont en deçà de cet âge.

TROUBLES CONTINGENTS, GÉNÉRATEURS DE CONFLITS

Avant d'envisager les troubles psychiques proprement dits survenant après hystérectomie et ovariectomie, nous allons d'abord passer en revue les autres troubles décrits par les auteurs, troubles que nous avons retrouvés, au moins en partie, chez la plupart de nos malades et qui sont tous générateurs de conflits.

1° *Tout d'abord la perte de la fonction menstruelle* chez la femme encore jeune semble être, dans un certain nombre de cas, inconsciemment vécue comme une menace pour les autres fonctions du corps qui dépendent du cycle menstruel. Il y a une rupture brutale dans les modes jusqu'alors existants d'adaptation, dans les modes de travail, dans les différentes activités sexuelles, sociales et autres qui sont organisés depuis la périodicité de ce cycle et en fonction de ce cycle qui rythme leur vie. La menstruation est souvent considérée comme une fonction purificatrice, véritable source de vitalité, indispensable au maintien de la santé, telle cette malade de Drellich et Bieber qui déclarait: « après mes règles, je me sens mieux, comme si j'avais été purifiée, la menstruation est bonne pour l'organisme. »

Mais, suivant Funck-Brentano, dans cette période de l'existence dite naguère « critique », la participation du psychique est telle que, dans la « trépidance » du siècle, la femme envisage la suppression de ce que l'on considérerait autrefois comme le test mensuel de la jeunesse, avec une optique toute différente. « La ménopause, dit Maranon, a une bien moindre transcendance sexuelle et partant sociale qu'il y a un demi-siècle ». La vie moderne, dont le grand changement dans l'aspect sexuel date de la Première Guerre mondiale qui fit entrer la femme dans la vie sociale sur le même plan que l'homme et qui donna la victoire définitive au féminisme, a transformé le concept de la ménopause; et le mythe de la cessation des règles, équivalant à la mort sexuelle, a disparu. C'est ce que confirme une enquête récente de W.M. Jacobs (1957) sur un groupe

de 46 femmes américaines âgées de moins de 30 ans. Aucune d'entre elles n'exprima le regret de n'être plus réglée et la plupart étaient ravies de n'être plus ennuyées chaque mois. Selon le Dr. Harding, considérer la menstruation comme un ennui qu'il faut subir ou tolérer pour l'unique et seule raison qu'on ne peut l'éviter, c'est renoncer à faire une expérience plus profonde de l'un des aspects essentiels de la nature féminine. En effet, si une femme s'oppose à un élément quelconque de sa propre nature, elle ne peut en voir la valeur, mais seulement l'aspect négatif. Si elle se rendait compte que ces symptômes indiquent que son attitude consciente n'est pas en harmonie avec les besoins profonds de sa nature, elle serait capable d'aborder le problème d'une manière plus intelligente et plus utile.

Dans certaines populations, il n'en va pas de même. C'est ainsi qu'au 18^e Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française. MM. J.-E. Houel et R. Gore, d'Alger, ont insisté sur la mentalité musulmane qui exige qu'une femme puisse reproduire, qu'elle soit réglée ou tout au moins qu'elle ne soit pas malade; en particulier toute thérapeutique hormonale substitutive est difficile à faire admettre.

M.-J. Lambillon, de Léopoldville, confirme ces dires: dans les populations d'Afrique Noire, la césarienne même est considérée comme une tare frappant la femme qui doit s'y soumettre et dont la famille lui garde rancune. Aussi préconise-t-il, dans les dystocias par disproportion fœto-pelvienne très fréquentes chez l'africaine, la symphysectomie partielle selon Zaratte, méthode introduite en France en 1777 par Sigault, mais à laquelle la plupart des accoucheurs ont, en France, complètement renoncé, lui préférant la césarienne qui ne bénéficie pas, sous nos climats, des mêmes préjugés.

On peut rapprocher ces conceptions d'ordre psychologique et social des vieux mythes ancestraux où l'on attachait une importance spéciale à la menstruation et où le sang de la femme était le signe du tabou.

Enfin, il est intéressant de noter l'apparition, chez certaines femmes hystérectomisées, d'un cycle dépressif mensuel. Décrit par Montassut et ses collaborateurs, nous l'avons retrouvé chez quelques-unes de nos malades.

2° *La perte de la fonction de reproduction* entraîne des conséquences extrêmement variables.

W.-M. Jacobs constate que sur quarante-six femmes hystérectomisées, âgées de moins de 30 ans, quarante-quatre ne regrettent pas leur stérilité définitive et deux seulement sont navrées de cet état de fait.

Mme Moricard, sur un total de deux cent sept femmes suivies, conclut que la perte de la possibilité de maternité désole certaines femmes, mais que cela ne dure, en général, que peu de temps.

La psychanalyse de femmes qui n'avaient pas de désir conscient de maternité a montré que souvent les désirs de grossesse étaient déguisés ou refoulés par suite de peur ou d'inhibition.

H. Deutsch et Benedek ont mis en évidence l'instinct maternel qui existe chez chaque femme.

Les travaux de Drellich et Bieber n'ont pas permis d'élucider le problème de savoir si le désir maternel est instinctif ou appris, mais ces auteurs ont constaté un chagrin et un regret importants chez les plus jeunes femmes qui, ou bien n'avaient pas d'enfants, ou bien n'avaient pas encore, au moment de l'intervention, le nombre d'enfants auquel elles aspiraient. Si la plupart de ces femmes exprimaient positivement le regret de ne plus pouvoir enfanter, quelques-unes ne semblaient désirer d'enfant que pour avoir un objet d'amour bien à elles, et quelques autres en désiraient encore, plus pour plaire à autrui que pour éprouver une satisfaction personnelle. Mais, en conclusion, elles ressentaient toutes la perte de leur utérus comme une atteinte à leur qualité essentielle de femme: la reproduction.

3° Un troisième point sur lequel insistent tous les auteurs, bien que parvenant à des conclusions fort différentes, est celui des *troubles sexuels* qui apparaissent après l'hystérectomie. Bien que d'apparition beaucoup plus tardive que dans la ménopause physiologique, l'atrophie progressive des organes génitaux externes (lèvres, vagin) et des seins peut se produire: son installation est difficilement réversible et résiste à l'hormonothérapie.

Le retentissement hypophysaire de la castration, l'hypersécrétion thyroïdienne et l'hyperfonctionnement surrénal déclenché par l'antéhypophyse peuvent provoquer de véritables maladies de Basedow ou des états para-basedowiens. L'hirsutisme, d'origine surrénalienne, aggraverait encore le tableau neuro-psychopathique de la femme.

Pour Jayle, dans 57 % des cas, le plaisir sexuel est inchangé ou augmenté et, dans 43 %, il est diminué ou aboli.

Pour Laffont, une castration tardive chez des femmes ayant une expérience sexuelle n'influencerait pas sensiblement la libido. Les troubles constatés seraient d'ailleurs facilement curables par une psychothérapie classique à laquelle l'auteur préfère néanmoins une éducation sexuelle préventive.

Pour W.-M. Jacobs, il n'y aurait eu aucun changement de la vie sexuelle chez vingt-huit de ses quarante-six malades, ces fem-

mes éprouvant la même satisfaction qu'avant. Chez treize femmes, l'amélioration, du point de vue sexuel, aurait même été spectaculaire, celles-ci souffrant avant l'intervention d'une grave dispareunie. Dans cinq cas seulement, les rapports sexuels furent moins satisfaisants.

Selon Traissac et Decroux, la plus grande partie des troubles sexuels, lorsqu'ils apparaissent, serait due à l'angoisse créée par le sentiment de la diminution, par la frustration d'organes auxquels la femme qui vient d'en être privée attachait une si grande importance, par peur de perdre l'amour du mari, du fait de l'impossibilité de la conception et enfin, par un sentiment d'envie à l'égard des femmes enceintes ou des jeunes accouchées.

J. Chassen et ses collaborateurs pensent que le retentissement psychologique est plus important que le retentissement endocrinien. Sur un groupe de dix-huit femmes, la stérilisation définitive est apparue à quinze d'entre elles comme le seul moyen de sauver leur vie. Elles vivaient jusqu'alors angoissées à la pensée qu'une nouvelle grossesse pouvait représenter pour elles un danger vital. C'est l'instinct de conservation qui les a dominées pour une part et le désir de vivre leur rôle de mères protectrices de leurs enfants d'autre part. Dans trois cas, par contre, la stérilisation farouchement refusée est apparue comme une obligation médicale avec rejet de la responsabilité de l'acte sur le médecin. Les causes de refus sont de deux ordres, maternels et psychologiques (atteinte de la féminité et de la vie sexuelle).

C. Colmeiro-Laforet constate une absence ou une impossibilité de l'orgasme dans 20 % des cas. Il admet que la frigidité secondaire dépend plutôt de facteurs psychologiques que de raisons anatomiques.

Drellich et Bieber, dans un certain nombre d'observations, insistent sur la crainte qu'éprouve la femme en pensant que d'être ainsi mutilée elle risque fort d'éloigner son mari. Par contre, dans la plupart des cas, ils ont trouvé les femmes satisfaites d'être ainsi débarrassées définitivement de la hantise d'une éventuelle grossesse. Les perturbations de la libido seraient dues, selon ces auteurs, à des peurs irraisonnées et à des croyances concernant la perte de « l'Organe de Valeur », ainsi qu'aux effets psychologiques de la chirurgie dans le domaine de l'appareil génital.

Katharina Dalton, sur une série de quarante-trois femmes, constate, dans 34 % des cas, que l'hystérectomie a été suivie d'une importante diminution du bonheur conjugal. Elle pense que le mari est plus tenté de rechercher la compagnie d'une autre femme. Parmi nos malades, la plupart se plaignent d'une perte de la libido

ou de dyspareunie et, dans plusieurs cas, nous avons pu noter une jalousie à l'égard du mari. Toutes éprouvent un regret, soit de ne plus avoir des rapports sexuels du tout, soit de ne plus éprouver de satisfaction. Dans la statistique du Dr. Dalton, 76 % des femmes mariées avaient, avant l'intervention, des rapports sexuels qu'elles estimaient satisfaisants; après l'intervention, il n'y en avait plus que 22 %. Les femmes satisfaites avaient toutes une réponse stéréotypée: la certitude de savoir à jamais disparue la crainte d'une éventuelle grossesse.

Ce point de vue fait envisager un nouvel aspect du problème. Pour le Dr. Dalton, il suggère ou bien une connaissance insuffisante des mesures contraceptives et un manque de confiance dans ces mesures, ou bien la croyance qu'il est moralement mal d'en user, tandis que le geste radical du chirurgien libère définitivement la conscience en supprimant tout sentiment de culpabilité. Cette position est reprise par J.-M. Bordeleau et P. Martel, au Canada. Etudiant un groupe de dix-huit femmes hospitalisées pour troubles psychiatriques, ils remarquent qu'aucune explication ne peut être donnée sur le fait que cinq des femmes qui sont devenues psychotiques avaient été opérées entre 31 et 35 ans et ils pensent que dans un pays, où la morale catholique contrôle la vie sexuelle, l'opération peut présenter un procédé anticonceptionnel acceptable.

4° *Les troubles neuro-vasculaires* sont dominés par les bouffées de chaleur. Celles-ci sont plus fréquentes après castration (82 à 89 % suivant Funck-Brentano, 85 % selon Traissac et Decroux) qu'après la ménopause physiologique (45 %). Elles ont les caractères habituels de cette variété de troubles vaso-moteurs: perception d'une brusque chaleur envahissant la face, le cou et les parties hautes du thorax. Leur traduction objective en est la rougeur. S'accompagnant parfois d'un léger étourdissement, elles sont suivies de crises sudorales. D'un rythme variable, allant de trois à vingt par jour, elles sont le plus souvent contemporaines des anciennes règles et n'apparaissent que quelques jours par mois. Leur trop grande fréquence peut devenir un inconvénient social. Elles font leur apparition dans les trois premiers mois qui suivent l'intervention et durent classiquement de un à deux ans. Elles peuvent, en fait, se prolonger pendant de nombreuses années. Elles existent quinze ans après chez une de nos malades.

Sur cent huit cas, Traissac et Decroux ont contrôlé la disparition des troubles neuro-végétatifs dans 53,5 % des cas au bout de deux ans; dans 46,5 % des cas, ces troubles ont persisté pendant une durée très variable:

- de 2 à 3 ans dans 16,5 des cas;
- de 3 à 4 ans dans 9,5 % des cas;

- de 4 à 7 ans dans 4,5 % des cas;
- de 7 à 10 ans et au delà dans 13 % des cas.

En d'autres termes, une femme hystérectomisée sur cinq a encore des troubles après quatre ans et une femme sur six après sept ans.

Mme Moricard, qui a constaté l'apparition de bouffées de chaleur dans la moitié des cas, pense que l'état psychologique de la femme intervient dans l'existence et le renouvellement du phénomène et lorsqu'avant l'intervention existait un équilibre psycho-somatique normal, on voit généralement disparaître les bouffées de chaleur en six mois avec un traitement oestrogénique périodiquement discontinu et progressivement décroissant.

Si les bouffées de chaleur sont plus constantes que dans la ménopause physiologique, l'hypertension artérielle par contre est moins constante que dans l'âge critique (Maranon). Elles peuvent s'accompagner de troubles accessoires tels que tachycardie, palpitations, céphalalgies, précordialgies, qu'il conviendra de distinguer de symptômes analogues mais de nature névrotique.

On rencontre assez fréquemment une augmentation de poids due à la surcharge grasseuse et à la rétention hydrique (cellulite). La répartition adipeuse se fait à la racine des cuisses, aux hanches, à l'abdomen, aux seins où elle masque l'atrophie de la glande mammaire, toutes modifications de la silhouette qui inquiètent souvent la femme au même titre que l'apparition d'un certain hirsutisme.

5° Il existe encore une variété de troubles qui ont pour dénominateur commun la croyance inébranlable que l'utérus est source de force, de santé et d'efficacité générale. Dans presque toutes nos observations, nos malades se plaignent de ne plus pouvoir effectuer les mêmes travaux ou activités domestiques qu'auparavant. Quatre des malades de Drellich et Bieber ressentaient particulièrement cette diminution de l'aptitude au travail. L'une s'inquiétait avant l'opération, déclarant que l'on est censé posséder tous ses organes et qu'en perdre un, c'est risquer de n'être plus aussi bien qu'avant. Dans la statistique de Traissac et Deeroux, il y en eut 44 % qui se trouvèrent dans l'impossibilité de reprendre le travail qu'elles effectuaient normalement avant l'intervention.

Ces opinions diffèrent donc diamétralement de celle de Michel Wolfromm pour qui « après avoir écarté les fantômes de l'hirsutisme, de l'obésité, du souci éventuel de descendance ou de l'inadaptation sexuelle, il devient facile de faire accepter à la femme ce nouvel état, après tout... si peu différent du précédent... » (sic) et de celle de Mme Moricard pour qui le retentissement sur l'aptitude au travail n'a pas semblé être considérable. Dans certains cas même, elle aurait constaté après l'intervention la reprise d'une

activité normale. Selon cet auteur, quand la castration est juxta ménopausique, la fatigabilité ou les troubles de la mémoire paraissent être en rapport plus avec l'âge de la malade qu'avec l'intervention elle-même.

6° Enfin, on trouve dans la littérature divers troubles qu'il est difficile de classer et qui, en général, dépendent surtout de la constitution psychique de la malade, telle celle de Drellich et Bieber qui envisageait l'hystérectomie comme un châtiment pour les péchés qu'elle avait commis, ou cette autre malade qui, frigide avec ses deux premiers maris, pensait que les lésions nécessitant l'hystérectomie étaient dues au fait qu'elle obtenait des satisfactions sexuelles avec son troisième mari. Mais cela est déjà du domaine de la psychiatrie où la femme envisage la nécessité d'une punition pour des satisfactions sexuelles qu'elle se reproche inconsciemment.

Drellich et Bieber terminent en examinant les relations qui pourraient exister entre l'utérus et les fonctions digestives. Ils constatent que la plupart de leurs malades se plaignent de boulimie et sont devenues incapables de se rationner. L'une d'elles se plaint de sensations de striction du rectum et du vagin, réaction purement subjective, consécutive à l'hystérectomie. Les auteurs pensent qu'il existe une incapacité psychique de séparer les deux organes, lorsque l'un d'eux est atteint. On sait d'ailleurs que dans l'esprit de l'enfant existe une confusion entre les fonctions sexuelles et intestinales. La théorie du cloaque, suivant laquelle il y aurait une seule ouverture dans le périnée, permet à l'enfant la confusion et il identifie la naissance avec la défécation.

TROUBLES MENTAUX SPÉCIFIQUEMENT LIÉS A L'INTERVENTION

Un certain nombre d'auteurs se sont attachés à décrire les *troubles mentaux* apparus après hystérectomie. Nous envisagerons successivement les travaux de Traissac; de Mme Moricard; de Menzer et Th. Morris; de K. Dalton; de J. Cordier sur les psychoses confusionnelles après hystérectomie; de Montassut et de ses collaborateurs sur le cycle dépressif mensuel des femmes hystérectomisées; de G.-F. Melody, de J.-M. Bordeleau et P. Martel, enfin.

De l'enquête menée par Traissac, il ressort que 47 % des malades opérées présentent des troubles importants qui perturbent et bouleversent leur vie, leur mariage et leur entourage. Ce pourcentage est confirmé par la grande majorité des rapporteurs au 18^e Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française. L'opinion presque générale de ce Congrès est en faveur de la chirurgie conservatrice en raison du fait, pense l'auteur, que, contrairement aux chirurgiens généraux, les gynécologues sont bien placés pour savoir ce qu'il en coûte de castrer une femme et que, malgré les progrès de la thérapeutique, il s'avère de plus en plus vrai que les ovaires enlevés ne se remplacent jamais à quelques exceptions près. Cette enquête a l'originalité d'avoir permis, entre autre, une étude approfondie des modifications apportées par la castration à l'aptitude au travail de la femme. Dans 41 % des cas, il y a eu aggravation nette et indiscutable. Or il ne s'agit pas d'une aggravation par rapport à un potentiel de travail normal, mais par rapport à un état antérieur déjà diminué par la maladie. C'est dire que l'acte chirurgical intempestif, s'il n'est pas imposé par des lésions utéro-annexielles médicalement incurables (l'auteur y insiste), peut avoir dans une proportion de cas non négligeables les conséquences les plus graves sur la vie conjugale, familiale et sociale, en un mot sur les relations humaines de la femme.

Mme Moricard, lors de ce même congrès, constate que la moitié

des patientes se plaignent d'inconvénients variés. Lorsque l'intervention a eu lieu après la quarantaine, il y a une recrudescence des troubles neuro-psychiques dont l'importance est très variable d'une semaine à l'autre. On rencontre le plus souvent une difficulté à l'effort intellectuel ou social ainsi qu'une perte ou une diminution de la mémoire. (A ce propos, Jayle insiste sur la fréquence de la perte de mémoire qu'il aurait rencontrée 33 fois sur 41 femmes opérées). Mme Moricard pense que les femmes qui considèrent la castration comme entraînant une atteinte de leur personnalité ou de leur féminité sont très rares; elle n'en a rencontré que 3 sur 207. Ce pourcentage nous semble particulièrement faible. Nous n'avons personnellement pas retrouvé de chiffres aussi bas.

D. Menzer et ses collaborateurs ont entrepris l'étude systématique de vingt-huit femmes hystérectomisées. Ils se sont proposé de répondre à quatre questions principales:

— Quels sont les éléments psychodynamiques déterminant les réactions post-opératoires de la malade et les suites cliniques ?

— Quelle est la possibilité d'établir une prédiction concernant la convalescence de la femme hystérectomisée en se basant sur la connaissance de la personnalité ?

— Comment mener à bien les difficultés post-opératoires qui surgissent de la réaction émotionnelle de la femme à l'intervention ?

— Quelle est la corrélation entre les facteurs émotionnels et endocriniens chez les femmes devant subir ou ayant subi l'hystérectomie ?

Le diagnostic gynécologique posé, les femmes sont d'abord vues par l'assistante sociale, puis par le psychiatre et par le psychologue qui pratique un Rorschach et un Thematic Apperception Test avant l'intervention. Le psychiatre recherche l'histoire de la malade en insistant spécialement sur les attitudes concernant la fonction féminine, par exemple l'histoire menstruelle, le mariage, les grossesses, l'éducation, les réactions provoquées par la perte d'enfants, du mari ou des parents, les conséquences réactionnelles habituelles dans les situations angoissantes, les traumatismes, les opérations... Il explore encore le mécanisme de défense contre l'anxiété dans l'immédiat et dans le temps afin d'aider à prévoir les réactions post-opératoires.

Pendant la convalescence, le psychiatre et le psychologue s'entretiennent chaque jour avec la femme. Après sa sortie enfin, elle est régulièrement suivie par le psychiatre.

Cette étude très poussée a permis aux auteurs de distinguer trois groupes parmi leurs malades:

Dans le groupe A, il n'y a pas d'incidence physique ou émotion-

nelle. Les fonctions somatiques restent normales. La femme est coopérante et s'intéresse à l'avenir. Peu encline à bavarder sur sa vie personnelle, elle évoque les craintes pré-opératoires, mais en niant tous rapports avec la perte de l'utérus. De ses sentiments profonds ressort l'intérêt qu'elle porte aux autres opérées qui ont souffert davantage qu'elle. Cette femme n'a pas besoin d'être encouragée pour reprendre une activité après l'hystérectomie car elle le fait d'elle-même.

Dans le groupe B, on remarque l'importance des symptômes physiques pendant toute l'hospitalisation (douleurs, nausées, vomissements, troubles vésicaux et intestinaux, troubles du sommeil enfin). Les femmes de ce groupe se montrent successivement déprimées, apathiques ou anxieuses, exigeant une présence continuelle. Elles restent préoccupées de leur souffrance à l'exclusion de tout autre intérêt. L'altération de leur utérus est ressentie avec un profond désespoir, un sentiment d'incomplétude. Elles éprouvent une perte de leur identité. Reconnaissant la nécessité d'une psychothérapie pour leur permettre de gagner quelques forces, afin de contrôler l'expression de leurs sentiments et leurs impulsions, elles ont conscience de l'importance du fossé existant entre l'hystérectomie qu'elles viennent de subir et les autres opérations déjà subies. Quelques-unes comparent spontanément cette intervention à un accouchement, mais ajoutent aussitôt que, dans le cas présent, elles ne sont aucunement récompensées de leurs souffrances.

Ainsi ces femmes ont eu besoin d'un soutien considérable. Les entretiens psychologiques pré-opératoires n'ont pas été pleinement couronnés de succès dans la prévision des difficultés post-opératoires, mais ils ont aidé à établir le contact qui est un utile instrument de travail. L'adjonction d'une infirmière spéciale pour suppléer à l'accroissement des besoins fut bénéfique. Dans ce groupe, la convalescence fut particulièrement longue. Six femmes de ce groupe étaient ménopausées avant l'intervention.

Dans le groupe AB, il y eut de grandes variations individuelles allant d'un extrême à l'autre. Les femmes souffraient simultanément de dépressions et d'anxiété. Elles éprouvaient un besoin de contact étroit avec les médecins, le personnel et les autres malades. Toutes acceptaient l'aide du psychiatre, laquelle consistait à renforcer les défenses du moi et à permettre une lutte active contre les sentiments d'affliction. Parmi ces femmes, quinze étaient déjà ménopausées au moment de l'intervention.

Après un essai d'explication pathogénique des réactions émotionnelles, les auteurs concluent qu'on doit donner à toutes les femmes, qui montrent une anxiété pré-opératoire inhabituelle ou trop importante, la possibilité d'exprimer leurs sentiments et leurs

craintes au sujet de l'intervention avant qu'elle n'ait lieu. C'est dire l'importance d'une psychothérapie suivie, la connaissance profonde de la personnalité de la femme permettant de prévoir, au moins dans une certaine mesure, les réactions émotionnelles spécifiques et partant de les mieux traiter, sinon de les prévoir.

K. Dalton, chez quarante-trois femmes hystérectomisées avec annexectomie, trouve 83 % de femmes satisfaites plus d'un an après l'opération, mais 41 % ne le furent qu'entre la première et la cinquième année et 33 % entre la sixième et la dixième année. L'âge des malades au moment de l'intervention a influé sur le succès:

- de celles qui avaient moins de 40 ans, 70 % furent satisfaites:
- de 41 à 45 ans, 43 % furent satisfaites;
- de 46 à 50 ans, 25 % » »
- de 50 à 55 ans, 40 % » »
- au-dessus de 55 ans, 100 % furent satisfaites.

74 % des femmes furent gênées par des céphalées souvent accompagnées de vomissements, avec photophobie ou vision trouble. Lorsque les céphalées existaient avant, dans le syndrome prémenstruel, elles étaient toujours moins intenses qu'après l'opération. Il est intéressant de remarquer que, dans 57 % des cas, a été constatée une tendance à la léthargie et que dans 62 % *sont survenues des dépressions*. Chez certaines femmes, les troubles ne survenaient que de façon cyclique au moment où aurait dû se produire la menstruation, ce que nous avons déjà signalé.

J. Cordier, dans le service de neuro-psychiatrie de la Clinique de la Hestre, se montre surpris par la relative fréquence des psychoses graves survenant quelques jours ou quelques semaines après l'hystérectomie. Ces psychoses revêtent chaque fois un aspect clinique quasi superposable. Il pense qu'il s'agit d'une réelle entité pathologique (bien qu'on puisse la situer dans le cadre des confusions endotoxiques) et qu'il serait nécessaire d'envisager un ensemble clinique englobant certaines psychoses associées à des endocrinopathies aiguës. Dans ce cadre entreraient certaines psychoses puerpérales et les psychoses après sevrage d'A.C.T.H.

La première observation est celle d'une femme de 42 ans, hystérectomisée avec ablation des ovaires, qui semblait souffrir d'une inadaptation affective, objectivée par ses ennuis conjugaux. Quelques jours après l'intervention apparaissent un délire de persécution à base interprétative et une agitation nettement maniaque. On note une brève hyperthermie sans cause infectieuse. En quinze jours se constitue un tableau confusionnel à base délirante avec hallucinations auditives, agitation psychomotrice, fausses reconnais-

sances multiples. Puis l'accès régresse avec une phase dépressive secondaire sans hallucination. Il n'y a pas d'amnésie de l'expérience délirante. La malade guérit sans séquelle en deux mois.

L'observation 2 est celle d'une femme de 43 ans hystérectomisée avec ablation des ovaires. Le niveau intellectuel est fruste, l'habitus pycnique. Il n'y a pas d'antécédent vésanique, peut-être seulement une prédisposition due à un certain déséquilibre des facultés. Cette femme présente après l'intervention, sans aucune complication infectieuse, une expérience délirante hallucinatoire bien structurée, puis une agitation confusionnelle avec hallucinations auditives et logorrhée. L'évolution se fait vers la rémission entrecoupée de courtes bouffées anxieuses sans délire. La guérison est obtenue en deux mois sans séquelle.

L'observation 3 est celle d'une femme de 40 ans, de constitution pycnique, sans antécédent psychique, qui subit une hystérectomie avec ovariectomie et pyélotomie. Un mois environ après l'intervention, apparaît insidieusement un syndrome délirant interprétatif de persécution: agitation confuse de tonalité surtout anxieuse, rarement euphorique, avec logorrhée et refus de nourriture, centrée autour d'un délire de persécution et d'incurabilité avec hallucinations auditives, fausses reconnaissances et de très rares hallucinations visuelles. Pendant la période d'agitation, on note de brèves périodes lucides avec une bonne autocritique. Au cours de la convalescence, apparition d'une brève période euphorique. La guérison est obtenue sans séquelle, malgré une deuxième intervention pour abcès rénaux dès la guérison psychique.

Ces trois observations peuvent être résumées par trois groupes caractéristiques de symptômes:

- La confusion avec amnésie des processus morbides et quelques hallucinations visuelles.
- La dysthymie avec le plus souvent anxiété, mais pouvant être franchement maniaque.
- L'agitation psycho-motrice intense avec activité délirante centrée autour d'hallucinations auditives.

Chez chacune des trois malades cependant, l'affection s'individualise par la prédominance d'un ensemble de symptômes cliniques:

- Obs. 1, aspect franchement maniaque avec un gros élément confusionnel pendant plusieurs semaines;
- Obs. 2, composante surtout anxieuse, avec activité délirante très fruste;
- Obs. 3, ébauche d'un automatisme mental.

J. Cordier insiste sur le fait qu'il n'existait aucun antécédent

morbide, mais seulement un terrain de fragilité mentale apporté par le déséquilibre de ces trois personnalités. Il n'y eut aucun conflit psychologique immédiat et il est difficile d'apprécier l'importance déclenchante des facteurs affectifs. L'histoire clinique paraît éliminer valablement comme facteur causal immédiat le choc affectif provoqué par l'intervention. La psychose qui a un aspect aigu et confusionnel ne s'est pas déclenchée soit lors de la décision opératoire, soit immédiatement après l'intervention, mais toujours après un temps de latence. Suivant l'auteur, cela mène irrésistiblement à la notion d'un bouleversement hormonal joint à l'ablation d'un organe particulièrement chargé de signification instinctive.

H. Montassut et ses collaborateurs, après avoir constaté chez les femmes hystérectomisées l'apparition de l'aspect bien connu du syndrome ménopausique caractérisé en gros psychiquement par : l'absence d'entrain, la nervosité, le désintérêt de l'existence, l'émotivité toujours en alerte, parfois accompagnée d'anxiété, la diminution de la libido et physiquement par : une fatigabilité marquée et permanente et des bouffées de chaleur, ont eu l'attention attirée par le renforcement régulier, chaque mois, à date pratiquement fixe, de tous ces éléments qui se groupent alors jusqu'à réaliser un tableau différent, celui d'un syndrome mélancolique mineur.

Ils notent le dégoût de la vie, voire même le désir de mort. Le goût du malheur chez ces femmes toujours à l'affût d'un prétexte susceptible de justifier leurs tendances pessimistes tourne à la rumination mentale, à la douleur morale. L'émotivité habituelle, le plus souvent de type mixte, vago-sympathique, s'exaspère et les palpitations, les angoisses pharyngo-thoraciques se multiplient. L'anxiété accuse elle aussi un paroxysme, tantôt anxiété à vide, tantôt à forme obsessionnelle. La fatigabilité statique et paradoxale s'exagère jusqu'à la sensation d'anéantissement. L'insomnie apparaît et il y a recrudescence d'algies diverses. Ce petit syndrome mélancolique persiste environ quatre à sept jours, puis s'estompe progressivement, les signes psychiques s'effaçant en dernier.

Les auteurs expliquent la périodicité de ce phénomène par la persistance d'un rythme hypophysaire. L'émotivité et l'anxiété ne seraient que l'exagération de tendances habituelles antérieures. Les autres troubles seraient dus au profond bouleversement psychologique si fréquemment entraîné par la castration chez une femme encore jeune et qui prend alors une attitude d'abdication devant la vie avec désintérêt et morosité.

G.-F. Melody, après avoir suivi un groupe de 267 femmes hystérectomisées, a décrit chez onze d'entre elles l'apparition, durant les trois premiers mois, d'un syndrome dépressif. L'intervention

a été ressentie comme un choc traumatique, revêtant une importance sociale et vécue sur un mode menaçant et angoissant.

Chez ces femmes, on retrouvait dans les antécédents une instabilité émotionnelle qui s'était jusqu'alors toujours traduite par une réaction dépressive. Cette chute de la thymie, le mode de pensée et le comportement concomitant ne sont, pour les auteurs, qu'une réponse à la situation conflictuelle dans laquelle la femme s'est soudain brutalement trouvée plongée: situation où la femme se sentait à la fois rejetée du groupe social et profondément mutilée, ce qu'elle exprimait sur un mode revendicateur, mais nuancé d'une note où tout espoir, toute aide étaient désormais bannis.

J.-M. Bordeleau et P. Martel ont procédé à une étude clinique systématique chaque fois qu'une femme hystérectomisée a été admise dans leur service pour traitement d'un syndrome psychique. Ils ont ainsi pu isoler un groupe de dix-huit femmes, choisies parmi trente patientes ayant subi une hystérectomie entre 22 et 35 ans. L'analyse des antécédents familiaux a montré que les parents étaient inhibés, rigides et sévères. La sexualité était ignorée et le tabou persistait jusqu'au mariage. Les femmes disaient préférer la mère au père qui restait un personnage inapprochable et souvent primitif, mais l'étude plus approfondie met en évidence de nombreux conflits dans la relation mère-fille.

L'adaptation à la vie hétéro sexuelle a presque toujours été déficitaire et la frigidité est un phénomène presque constant. Les auteurs pensent qu'il pourrait exister, chez ces femmes, un désir de castration profond, représentant un déficit inconscient à la fécondité de leurs mères qui presque toutes ont eu de nombreux enfants.

Narcissiques, obsessives, hystériques, ces femmes ont choisi des époux tolérants et des adorateurs passifs qui gratifient incomplètement leur besoins névrotiques. Le contraste avec l'image trop forte du père produit finalement une désillusion qui fait s'écrouler un amour déjà fort compromis. Les enfants, peu nombreux, sont ouvertement rejetés.

L'histoire chirurgicale très riche se termine par l'hystérectomie ou la « grande opération », expression souvent employée avec un air entendu, chargé de sens et d'implications secrètes. Dans le groupe étudié, les auteurs ont souvent constaté une disproportion entre les symptômes accusés et l'importance de cette opération gynécologique majeure.

A la lumière de ces constatations préliminaires, Bordeleau et Martel estiment qu'un examen psychologique devrait être demandé chaque fois qu'une femme de moins de 35 ans doit subir une hystérectomie, en dehors des conditions d'urgence.

De cette étude, nous pouvons dégager une première conclusion. Les gynécologues et les psychiatres sont, à de rares exceptions près, d'accord pour reconnaître que l'hystérectomie avec ovariectomie est à l'origine de graves troubles de la personnalité pour la femme qui doit s'y soumettre. Nous avons vu que ces troubles pouvaient aller de la névrose, ce qui est le cas le plus fréquent, à des psychoses.

Les auteurs insistent sur le fait que l'apparition des troubles psychiques est d'une manière générale plus grave si la femme est plus éloignée de l'âge du climatère, mais sans toutefois que l'on puisse en tirer un argument décisif. Nos observations confirment cette donnée.

La majorité des auteurs a voulu voir dans ce type d'intervention chirurgicale le rôle majeur joué par les hormones, arguant que plus la femme était jeune, plus l'état ovarioprive devait être cruellement ressenti. Il semble que le syndrome hormonal post-castrationnel ait, en effet, un rôle très important, mais nous pensons que, s'il intervient de façon prépondérante et en particulier dans tous les phénomènes neuro-végétatifs ainsi que dans l'apparition cyclique de certains troubles (bouffées de chaleur ou syndrome dépressif mensuel), il est beaucoup plus difficile de lui rattacher de façon certaine la plupart des troubles psychiques constatés.

Nous avons chez dix de nos seize malades, toutes atteintes de névroses ou de psychoses post-opératoires, fait pratiquer un certain nombre de dosages hormonaux. Avant de tenter d'en tirer quelques conclusions, nous allons d'abord tracer un tableau du syndrome hormonal post-ménopausique et post-castrationnel, en insistant sur les différences fondamentales qui s'en dégagent.

LE SYNDROME HORMONAL

Le système nerveux de la vie de relation dont le siège est le cortex cérébral, le système nerveux de la vie végétative dont le centre primordial peut en fin de compte être ramené au diencephale et l'hypophyse sont les trois clés de voûte d'un tout indivisible: le système neuro-endocrinien.

En répondant aux stimuli des centres diencephaliques, l'hypophyse sécrète un certain nombre d'hormones qui, en dehors de la somatotrophine, sont des stimulines spécifiquement destinées aux glandes endocrines périphériques:

— l'*ACTH* (adrénocorticotrophine hypophysaire) commande et règle la production des hormones surrénaliennes;

— la *T.S.H.* (thyroestimuline hypophysaire) commande et règle la sécrétion des hormones thyroïdiennes;

— les *GONADOSTIMULINES* qui comprennent:

- a) la *F.S.H.* assurant le développement du follicule ovarien et celui des tubes séminifères du testicule;
- b) la *L.H.* responsable de l'ovulation et de la sécrétion leydigène de testostérone;
- c) la *L.T.H.* assurant la sécrétion du corps jaune ovarien et la sécrétion lactée de la glande mammaire.

Chaque stimuline déclenche ou entretient, au niveau de la glande endocrine à laquelle elle est destinée, la sécrétion de l'hormone respective. Cette dernière entraîne, au niveau de récepteurs spécifiques, les transformations dont elle porte la responsabilité.

Lorsque le récepteur périphérique fournit une réponse normale, il existe un équilibre harmonieux de tout l'organisme. Mais, lorsque la réponse tissulaire périphérique est soit insuffisante, soit excessive, il se déclenche automatiquement une réaction à tendance correctrice. Cette réaction aboutit respectivement à une augmentation ou à une diminution des impulsions centrales diencephalo-hypophysaires.

Quand cette impulsion rectificatrice dépasse son but, elle déborde les confins du circuit endocrinien pour influencer, d'abord les centres hypothalamiques, puis les noyaux supérieurs du cortex.

Mais il peut aussi arriver que le fonctionnement du système neuro-endocrinien, ainsi que son automatisme, soient influencés par des excitations venues du monde extérieur. Le rôle de ces stimuli exogènes est particulièrement important. C'est à lui qu'il faut imputer les aménorrhées psychogènes, créées par un traumatisme affectif et qui sont particulièrement rebelles aux traitements: les aménorrhées de famine; les obésités paradoxales qui progressent avec les chocs affectifs et le surmenage, mais régressent avec les sédatifs et le repos.

Nous voyons ainsi que l'automatisme endocrinien, s'il est intact, compense les fluctuations entraînées par les excitations d'origine endogène ou exogène, mais que chaque fois que l'intensité des stimuli dépasse un seuil critique en durée ou en intensité, la compensation ne peut plus avoir lieu.

Jusqu'à la période pré-pubérale, tout se passe normalement, mais à partir de ce stade, l'organisme traverse une période d'anarchie caractérisée par une production excessive de gonadotrophines et par des poussées répétées d'œstrogènes. Ce syndrome hyperhormonal de la puberté est contemporain d'une époque particulièrement troublée tant sur le plan hypophyso-ovarien que sur celui des récepteurs endocriniens divers et que sur le plan neuro-végétatif et psycho-affectif.

L'harmonie se rétablit peu à peu et continue pendant la vie adulte. Il existe un équilibre qui dure jusqu'au syndrome hyperhormonal de la pré-ménopause, suivant le concept de Bêclère. A nouveau, le tableau clinique est caractérisé par des stigmates neuro-végétatifs et neuro-psychiques ou affectifs.

Enfin la femme arrive à la ménopause proprement dite, phase d'involution génitale, moment où l'épuisement de l'ovaire est accompli, ce qui se traduit par l'arrêt définitif de la menstruation.

Son mécanisme physiopathogénique consiste en la rupture de l'harmonie diencéphalo-hypophyso-périphérique et en la suppression de la production œstrogénique. Cette dysharmonie peut se répercuter en troublant leurs fonctionnements dans différents domaines:

- soit dans le domaine trophique périphérique;
- soit dans celui du système endocrinien extra-génital;
- soit dans celui du centre neuro-végétatif;
- soit dans celui du centre métabolique;
- soit enfin sur le cortex cérébral.

C'est ici qu'apparaît l'une des différences fondamentales entre la ménopause physiologique telle que nous venons de la décrire et la ménopause artificielle.

La ménopause physiologique se produit lentement. L'évolution du syndrome s'étale sur une durée qui peut atteindre et même dépasser vingt ans. Elle est annoncée par tout un cortège de signes avant-coureurs: la femme sait qu'elle a atteint l'âge irrémédiable du climatère.

Il s'agit donc ici d'une transformation progressivement acquise en même temps qu'interviennent des modifications pluri-glandulaires partant de l'hypophyse, du corps thyroïde et des surrénales. Il n'en est pas de même lorsque la suppression ovarienne est brusquement provoquée par la main du chirurgien. Comme l'a écrit Maranon « la ménopause chirurgicale est l'expression d'une insuffisance ovarienne totale et brusque, tandis que l'âge critique spontané est une crise pluriglandulaire complexe dont l'insuffisance ovarienne progressive, entourée de diverses réactions neuro-endocriniennes, forme certainement le noyau central. »

Les manifestations qui en résultent sont d'autant plus accusées que les glandes génitales étaient fonctionnellement moins altérées avant l'intervention. C'est dire que, si certaines ménopauses artificielles seront supportées, d'autres provoqueront des accidents graves. Elles seront souvent d'autant mieux tolérées que la castration aura lieu plus près de la ménopause spontanée.

*
**

Ainsi, nous voyons que l'ovariectomie bilatérale a un grand retentissement sur tout le système endocrinien. La réaction du couple diencéphalo-hypophysaire se manifeste par une intensification notable de la production des gonadostimulines qui atteint souvent des niveaux dix fois plus importants qu'au cours de la période adulte normale et qu'aucune réponse ovarienne ne vient plus atténuer. La castration entraîne une augmentation de volume de l'anté-hypophyse qui se charge de cellules éosinophiles. Le taux des gonadotrophines FSH est en particulier remarquable par son accroissement considérable dans le sang et dans l'urine. En effet, en dehors de la grossesse, pendant laquelle s'associent, dès l'implantation de l'œuf, des gonadotrophines d'origine placentaire, les stimulines hypophysaires ne sont qu'à l'état de traces dans l'organisme.

Le tableau endocrinien de la castration comporte donc une hyper-activité diencéphalo-hypophysaire, quelquefois globale, parfois à prédominance gonado-stimulinique uniquement, à laquelle s'ajoute, selon Hamblen, un tarissement des œstrogènes, bien que, dans certains cas, la surrénale conserve une certaine latitude de sécréter des quantités modérées d'œstradiol. Toutefois cette suppléance épinéphrétique s'épuise assez rapidement.

Les conséquences de ces deux caractéristiques sont génératrices d'un grand nombre de troubles :

1° *L'état de surtension diencéphalo-hypophysaire peut « déborder » à l'intérieur de l'hypophyse antérieure sur les zones de production des autres stimulines et provoquer ainsi des dysendocrines du type hyper dans la plupart des domaines extra-sexuels :*

- *hyperthyroïdies (aussi bien qu'hypothyroïdies) ;*
- *virilisme d'origine surrénalienne ;*
- *ostéoses décalcifiantes généralisées par hyperproduction des gluco-corticoïdes.*

2° *La surtension diencéphalo-hypophysaire déborde le plus souvent sur les centres neuro-végétatifs de l'hypothalamus :*

- *le centre vaso-moteur, d'où la bouffée de chaleur, mais aussi les acroparesthésies, les troubles de l'hémodynamique cérébrale avec toutes leurs conséquences sur le plan psychologique, psycho-affectif, mental ou neuro-psychiatrique.*
- *les centres coordinateurs supérieurs, d'où le cortège extrêmement polymorphe des labilités neuro-végétatives, se traduisant surtout dans le domaine cardiologique par tous les syndromes fonctionnels cardio-vasculaires ;*
- *le centre du sommeil ;*
- *le centre de la faim, d'où les maigreurs ou, à l'encontre, les obésités ;*
- *les centres métaboliques et trophiques tissulaires les plus divers d'où le nombre considérable et le polymorphisme des « rhumatismes ».*

3° *Enfin, la surtension diencéphalo-hypophysaire peut déborder vers le cortex et provoquer ainsi directement des désordres psychologiques, psycho-névrotiques et psychiatriques caractérisés.*

4° *Le tarissement de la sécrétion d'œstrogènes assume la responsabilité de l'involution du tractus génital, de la trophicité tissulaire générale et des caractères sexuels secondaires. Privé de son catalyseur œstrogénique, le tractus génital de la femme devient impropre à une activité sexuelle normale et ce nouvel état se répercute sur le psychisme avec une intensité particulièrement lourde de conséquences. De plus, la régression de l'épithélium plat et la disparition du glycogène vaginal rendent cet organe vulnérable aux attaques des germes pathogènes et ceci finit par clore définitivement le cercle vicieux psychosomatique où prédominent l'anaphrodisie et les dyspareunies.*

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous avons, dans le service du Dr. Anglade, relevé 16 observations qui nous ont semblé particulièrement caractéristiques.

Elles groupent :

- 6 cas de névroses hypocondriaques (ob. 1 à 6) ;
- 3 cas de névroses d'angoisse (obs. 7 à 9) ;
- 1 cas d'épilepsie avec importance du fond névrotique (obs. 10) ;
- 4 cas de psychoses périodiques (obs. 11 à 14) ;
- 1 cas de toxicomanie (obs. 15) ;
- 1 cas de délire paranoïde (obs. 16).

*
**

Observation I.

Mme Boi..., 51 ans, mariée, est adressée dans le service pour un épisode anxieux.

La malade est d'un abord peu agréable. On est frappé par le maniérisme et le théâtralisme du geste. Le discours est correct, monodéique, centré sur les différents malaises qui l'accablent. C'est le seul sujet de conversation possible, le seul qui intéresse la malade et elle n'admet pas qu'on l'interrompe.

Elle pense que ses troubles actuels sont dus à la déception qu'elle a éprouvée lorsque sa fille adoptive (enfant de l'Assistance Publique qu'elle a adoptée à quinze mois), âgée de 17 ans, l'a quittée pour aller travailler à la ville. Elle a, depuis, conçu une haine à son égard et n'en parle qu'en termes peu flatteurs. Elle lui en veut

surtout de ne pas prendre de nouvelles de sa santé. Il ressort de l'entretien qu'elle fut une mère extrêmement captative.

En fait, les troubles sont beaucoup plus anciens et la malade a un long passé médico-chirurgical :

— A 22 ans, appendicectomie et, quelques années après, intervention pour salpingite ;

— A 41 ans, hystérectomie avec ablation des ovaires.

Depuis Mme B... souffre : « Je ne suis plus aussi gaie, plus aussi allante... On n'est plus une femme... On n'a plus besoin d'homme ». Elle s'est de suite sentie irrémédiablement vieillie et est devenue frigide. Elle a peu à peu espacé les rapports sexuels, puis y a tout à fait renoncé.

Après l'intervention, elle estime que rien n'allait plus comme auparavant. L'aménorrhée la désole. Elle ne peut plus avoir d'enfant alors qu'elle en désirait tant. Elle est sans force !...

Depuis elle s'observe, s'analyse, s'inquiète de son corps et en interprète les sensations. Elle se détache progressivement de son entourage afin de mieux se concentrer sur sa maladie, refuge contre quiconque voudrait la forcer à l'action : elle se borne à des ratiocinations mornes et pauvres en dynamisme. Cette conviction d'être malade porte sur le système urinaire en particulier : elle décrit ses douleurs au niveau de la vessie, se plaint d'être trois jours sans uriner ; mais elle souffre aussi de la nuque, a parfois l'impression de ne plus avoir de salive, ce qui lui provoque des « évanouissements ».

Elle vit pour sa maladie. L'hystérectomie a concentré d'un coup tous les symptômes latents. Elle a brutalement hypertrophié toute l'auto-affectivité de la malade, inhibant désormais toute manifestation de sensibilité exogène. Son champ émotionnel est réduit aux seuls stimuli qui ont trait à sa maladie. Cela explique qu'elle ait fini par complètement délaisser son mari et que l'enfant adoptée ait préféré fuir vers un milieu plus propice.

Les examens biologiques sont tous normaux .

Le tracé EEG est normal.

Observation 2.

Mme Bou..., 41 ans, entre dans le service, sur les conseils de son médecin traitant, pour des troubles variés sans substratum organique décelable.

Malade d'apparence soignée, recherchant le contact, elle expose sa situation avec d'amples détails. Elle se plaint d'être fatiguée, de

souffrir de la vessie et des reins et d'avoir une « déficience du foie ».

Elle n'apparaît pas déprimée, elle n'a pas d'idées noires; elle manifeste cependant un certain degré de pessimisme avec sentiment de découragement et d'impuissance à effectuer correctement son travail quotidien.

Dans le passé de la malade, on ne retrouve pas d'antécédents pathologiques, mais on remarque une labilité émotionnelle ancienne.

Les troubles sont apparus immédiatement après une hystérectomie. En mars 1960, une intervention conservatrice est pratiquée pour kystes ovariens. Puis, devant la persistance des méno-métrorragies et des douleurs, une hystérectomie subtotala avec ovariectomie est faite en avril 1961. En juin 1961, on note un syndrome dépressif névrotique. La malade doit interrompre son travail. Elle part en maison de repos: puis elle essaie de reprendre son travail, mais est rapidement incapable de continuer; c'est alors qu'elle est hospitalisée.

Il s'agit d'une névrose hypocondriaque avec troubles fonctionnels digestifs et surtout urinaires que la malade expose avec une logorrhée intarissable. Toute la conversation est centrée sur ce qu'elle appelle « sa cystite »: « c'est ça qui me fatigue, ça me fait des pertes qui m'affaiblissent... »

Ces troubles ne sont apparus qu'après l'hystérectomie qui, en l'occurrence, s'est révélée être un véritable catalyseur permettant la cristallisation et l'expression des affects inconscients, en mettant en jeu des mécanismes névrotiques. Il semble qu'il s'agissait d'une névrose latente qui a éclaté à l'occasion d'une intervention traumatisante, bien que la malade déclare n'avoir pas attaché d'intérêt spécial aux organes enlevés. Il n'y a pas eu de troubles sexuels et elle se considère toujours comme une femme semblable aux autres. Mais si les rapports sexuels sont restés identiques, il convient de préciser qu'elle n'a jamais rien ressenti auparavant.

Le seul trouble notable dans cette sphère est un cycle dépressif mensuel qui dure environ trois jours avec nervosité et tristesse.

Depuis l'intervention, la malade a reporté son attention sur d'autres organes: elle souffre du foie, de la vésicule, actuellement des voies urinaires. Elle décharge ainsi sa tension anxieuse par « l'inculcation » de divers organes.

Les examens sont strictement normaux, à l'exception d'une légère anémie hypochrome à 3.800.000 G.R.

Le tracé EEG ne montre pas d'altération. Les particularités dynamiques du rythme de base sont dans les limites de la normale. La stimulation lumineuse intermittente montre un « entraînement »

du rythme occipital, mieux marqué pour 6 à 8 éclairs/seconde, avec ébauche de réponses oculocloniques, nuances semblant bien en rapport avec l'état névrotique.

Observation 3.

Mlle Bop..., 47 ans, célibataire, institutrice, entre dans le service pour des douleurs péri-orbitaires intolérables.

On est frappé par l'aspect tragique de la malade, son théâtralisme certain et l'ampleur gestuelle accompagnant la parole.

Elle expose d'emblée l'histoire de ses « maladies » : elle a toujours souffert.

- A 16 ans, rhumatisme articulaire aigu;
- à 21 ans, pleurésie;
- à 35 ans, *hystérectomie avec ovariectomie bilatérale* (fibrome);
- à 37 ans, néphrectomie gauche;
- à 44 ans, cystite (?);
- à 47 ans, intervention vésicale.

La malade insiste sur le fait que jusqu'ici seule la tête était exempte de douleurs. Or, depuis quelques mois, sont apparues des douleurs extrêmement pénibles, à type de décharges électriques. (Elles céderont en quelques jours avec une dose minime de neuroleptiques et une courte psychothérapie quotidienne).

Depuis toujours, la malade a consulté d'innombrables médecins.

Elle a trouvé un refuge dans la maladie et se plaît maintenant à conter son long passé douloureux à chacun, étalant ses douleurs variables d'un jour à l'autre.

Elle n'a jamais eu de rapports sexuels et vit avec ses deux sœurs également célibataires, en dehors de tout contact extérieur, dans une « véritable petite communauté » (sic). L'une des sœurs est d'une docilité à toute épreuve. L'autre est très autoritaire, ce qui est une source de conflits avec notre malade.

Chez Mlle B..., atteinte de névrose hypochondriaque, les troubles sont uniquement névrotiques, sans aucun substratum organique (tous les examens de laboratoire et de spécialités sont normaux), et c'est la préoccupation perpétuelle de la santé qui entraîne une recherche continuelle de douleurs et de sensations anormales.

Son langage est hyperbolique: ses douleurs sont intolérables, atroces, épouvantables. Elle utilise des expressions scientifiques, des locutions médicales. Elle parle d'abondance des traitements

déjà subis. On a pratiqué, entre autres, des alcoolisations du trijumeau et des infiltrations péri-orbitaires. Elle s'est prêtée à de nombreux examens minutieux et pénibles avec, semble-t-il, une certaine satisfaction. Elle a essayé d'innombrables produits, tous inefficaces. Elle correspond tout à fait à ce type de malade qui, lassé des traitements médicaux, s'adresse au chirurgien qui ne peut pas toujours éviter une intervention d'opportunité discutable.

L'être-au-monde de cette malade est fortement perturbé. On ne possède pas de renseignements sur la qualité des liens parentaux, mais on constate une impossibilité des relations sociales, des relations amicales et amoureuses (*nulles*). Il y a chez Mlle B... une concentration intrasubjective de la conscience sur des impressions corporelles, concentration qui a de plus en plus isolé le sujet en lui-même.

Nous croyons que, dans cette observation, l'ablation de l'utérus ne fut qu'un moyen pour tenter d'être délivrée de l'angoisse ressentie, par l'inculpation précise d'un organe. C'est ici qu'il faut situer, selon Henry Ey, le symptôme décrit par les auteurs anglosaxons comme « *overconcern with health* », qui constitue souvent le minimum d'angoisse restée « découverte » chez le névrosé, même le mieux « défendu ».

Les examens biologiques et sérologiques sont normaux.

Les trois tracés E.E.G. pratiqués montrent une amélioration progressive. Les tracés sont tous dépourvus d'altérations. On ne trouve que des particularités dynamiques à type d'accélération du rythme de base et de recrutement avec phénomènes oculo-cloniques à la stimulation lumineuse intermittente, modifications en rapport avec l'état névrotique et qui ont pratiquement disparu lors du dernier tracé.

Observation 4.

Mme Clai..., 45 ans, mariée et mère de deux enfants, entre dans le service pour un état dépressif avec préoccupations hypochondriaques.

La malade se laisse tomber dans le fauteuil où elle restera prostrée. Elle parle sur un ton monocorde, sans réticence. Le discours est correct, essentiellement centré sur des difficultés d'ordre conjugal. Le faciès est figé, amimique, les traits tombants reflètent la douleur. Mais il n'y a pas d'inhibition étouffante à la fois la pensée et la parole et Mme C... se laisse examiner volontiers, ne demandant qu'à se confier.

« Depuis vingt ans, j'ai beaucoup de mal à supporter le carac-

tère de mon mari. Il m'a frappée. Il boit (il a dû être traité pour un état pré-cirrhotique). Il est persécuté par la jalousie. Il est toujours maussade et ne dit jamais un mot aimable. Il m'accuse de légèreté... »

La mésentente conjugale est donc notoire, aggravée par le fait que la mère de la malade, âgée de 80 ans, vit dans la même maison et qu'elle se dispute constamment avec son gendre qui ne peut la supporter.

Mme C..., a régulièrement fréquenté l'école jusqu'à 14 ans. Son niveau intellectuel est normal. Puis elle a appris le métier de couturière; mais, ne trouvant pas de travail, elle est entrée dans un magasin comme vendeuse où elle est restée jusqu'à 27 ans. A ce moment, à la suite d'une déception sentimentale due à l'intransigeance de sa mère avec laquelle elle ne s'entend pas, elle part à Paris.

Elle y trouve un nouvel emploi de vendeuse. Libérée des contraintes parentales, elle prend d'abord un amant; puis elle se marie quelques années après avec un veuf, déjà père de trois enfants.

La mésentente conjugale est presque instantanée avec cet homme brutal, alcoolique et jaloux. Deux enfants naissent de ce mariage. La malade se sent de plus en plus malheureuse. Son mari la délaisse progressivement. C'est dans ces conditions qu'elle subit à 38 ans une hystérectomie avec ovariectomie pour prolapsus.

Immédiatement après apparaissent des « crises » qui durent plusieurs heures avec sensation d'estomac crispé. La fatigabilité est importante, contingente d'une diminution générale de la force. La libido est très diminuée et le plaisir sexuel nul.

A 40 ans, on pratique une ablation de la vésicule biliaire.

A 42 ans, on réopère pour des douleurs que l'on pense être dues à des adhérences.

Néanmoins, les douleurs persistent et augmentent tant en fréquence qu'en intensité à l'endroit des organes disparus.

Cette malade présente un terrain dysthymique important avec une grande labilité émotionnelle. Ses difficultés sentimentales et conjugales s'accompagnent de tout un cortège de signes névrotiques avec phénomènes de somatisation à type de préoccupations hypochondriaques, de sensations de striction de la gorge, de palpitation, de crispation..., pour lesquels la malade a consulté un grand nombre de médecins.

Actuellement, tous les troubles se sont aggravés avec exacerbation des algies diverses, Mme C... se plaint de sensations d'ivresse avec démarche titubante: « ça me jette ». Il n'y a pas de perte de connaissance, ni d'amnésie rétrograde, ni de troubles de l'équilibre...

En résumé, nous voyons que chez Mme C..., qui présentait un terrain particulièrement propice à l'éclosion d'une névrose, le seul mode de défense mis en jeu a été le refuge dans la maladie. L'hystérectomie pratiquée l'a affermie dans cette voie et elle a subi d'autres interventions sans que cessent pour autant les douleurs qui l'amènent aujourd'hui dans un service spécialisé.

Les examens biologiques et sérologiques sont normaux.

Le tracé E.E.G. est symétrique et dépourvu d'altérations. On note seulement une rapidité inusuelle du rythme de base. La stimulation lumineuse intermittente fait apparaître un entraînement physiologique, transitoire, du rythme occipital.

Observation 5.

Mme Die..., 32 ans, mariée, neuf enfants (en moins de dix ans) entre pour la troisième fois dans le service.

La malade, de constitution leptosome, est amaigrie, en mauvais état général. Elle est anorexique. Son aspect est peu soigné. Elle accepte volontiers l'entretien, souriante, désinvolte, un peu maniérée.

De même que lors des précédentes entrées, elle se plaint de son insomnie. Il y a des mois qu'elle ne parvient pas à dormir plus de une ou deux heures par nuit. Elle se sent fatiguée et avoue son incapacité à effectuer un travail normal.

D'emblée, elle accuse l'hystérectomie avec ovariectomie bilatérale (en 1959) d'être à l'origine de ses troubles.

Après le neuvième accouchement, la malade a présenté une hémorragie abondante avec perte de connaissance. Le chirurgien, craignant la gravité qu'aurait une nouvelle grossesse, propose une ligature des trompes, mais décide au dernier moment de faire une hystérectomie. Dans les jours suivants, la malade dit avoir fait une hémorragie méningée sur laquelle nous ne possédons pas de renseignements.

Depuis cette intervention, l'insomnie est apparue et s'avère irréductible. Divers essais thérapeutiques ont été essayés: cures de sommeil, neuroleptiques, barbituriques, psychothérapie, sismothérapie se sont soldés par un échec. Chaque fois, la malade demande sa sortie prétextant qu'on est incapable de la guérir, qu'on ne parvient pas à la faire dormir; aussi autant retourner chez elle plutôt que de rester à l'hôpital à perdre son temps !...

Cette insomnie n'est, en fait, que l'un des éléments dans un ensemble de troubles névrotiques. Depuis l'intervention, le nervo-

sisme qui existait auparavant s'est considérablement accru. Elle a perdu toute patience, chacun l'ennuie, l'agace et elle ne désire voir personne.

Son caractère s'est modifié; elle est devenue extrêmement irritable. Elle souffre de sensations de striction de la gorge à tel point qu'elle ne peut plus porter de foulard car cela l'étouffe. La boule œsophagienne la gêne considérablement. Elle se plaint de palpitations cardiaques, de « serrements » de cœur. Les céphalées de siège occipital nuisent à son activité. La nuit, elle voit défiler devant ses yeux des myriades d'étoiles brillantes et, dès qu'elle s'assoupit, elle est réveillée en sursaut par des images hypnagogiques effrayantes.

Elle décrit des sensations vertigineuses, l'obligeant à s'asseoir et des « comas » (sic) qui surviennent après une contrariété, « comas » qui durent jusqu'à vingt-quatre heures.

La personnalité de Mme D... est gravement perturbée. Elle a perdu tout contact avec autrui. Elle s'est progressivement détachée de toute sa famille et les relations sociales sont devenues impossibles. Elle a définitivement perdu toute possibilité relationnelle, afin de mieux se concentrer sur sa propre souffrance que personne ne parvient à soulager. Nous savons qu'elle ne peut plus tolérer personne. Elle ne voit plus ses huit frères et sœurs. Elle est fâchée avec sa mère à l'égard de laquelle elle a conçu une véritable haine. Elle déteste son mari qu'elle décrit comme égoïste, dépensier, « coureur » et auquel elle ne pardonne pas ses grossesses répétées. Elle l'accuse de la délaisser au profit des enfants dont il s'occupe beaucoup. La seule personne dont elle parle avec affection est son père, qui est décédé avant qu'elle ne soit hystérectomisée et dont elle idéalise l'amour car, depuis, il n'y a plus personne pour l'aimer et s'occuper d'elle, comme elle estime qu'on devrait le faire.

Chez Mme D..., nous voyons que la névrose hypocondriaque est apparue immédiatement après l'hystérectomie qui a, en quelque sorte, été le support sur lequel sont venus se greffer tous les troubles. Avant l'intervention, elle présentait un terrain propice à l'éclosion de la névrose, elle avait déjà quelques symptômes qui pouvaient mettre en garde, notamment des sensations de striction, de serrement, d'étouffement, mais à un degré bien moindre. L'apparition des premières douleurs lui a valu une appendicectomie en 1957, puis, devant leur persistance, une tentative de pexie rénale, à droite. Enfin, la « Totale » est venue clore ce cercle vicieux et libérer définitivement les pulsions névrotiques, empêchant la possibilité de toute réinsertion sociale.

Mme D... est entrée trois fois dans le service. Les examens biologiques et sérologiques sont tous normaux et superposables.

F.S.H.	Prégnandiol	Œstrogènes actifs	17 céto-stéroïdes	17 OH corticoïdes 11 oxystéroïdes
25 u.s.	0,8 mg	10 γ	9,5 mg	3,3 mg

Les tracés E.E.G. sont tous spontanément peu amples. Le rythme alpha est d'environ 9 cycles/seconde, mieux visible en off-effect.

— L'hyperpnée n'a pas d'action particulière et le rythme alpha demeure peu évident et irrégulier.

— La stimulation lumineuse intermittente fait apparaître une ébauche « d'entraînement » du rythme occipital.

Nous avons également pratiqué une encéphalographie gazeuse fractionnée. Elle n'a révélé aucune anomalie. L'examen du liquide céphalo-rachidien est normal.

Observation 6.

Mme Dut... 45 ans, quatre enfants, divorcée depuis un an, est admise pour dépression et manifestations hypocondriaques.

Elle se présente à nous très abattue, asthénique; elle exprime une grande lassitude, tant physique que morale, qu'elle décrit en usant d'une belle image: « je suis comme un pommier qui ne fleurit plus... je suis usée... je traîne ma vie en longueur », et elle continue sur ce thème avec une série de lamentations. Elle décrit ses insomnies, sa difficulté à effectuer l'ouvrage quotidien, ce qui est une nouvelle source de chagrin. Elle a quelques idées noires, mais il n'y a pas d'idées de suicide. Il n'y a pas d'anorexie.

Elle s'étonne d'être ainsi malade: « pourtant, j'ai tout pour être heureuse... j'ai ma petite maison... ah, si je ne souffrais pas tant... ». A ce moment, la malade extériorise toutes ses préoccupations hypocondriaques.

L'organe supposé atteint est le foie. La malade souffre d'un dysfonctionnement vésiculaire évoluant par crises. « Je ne vomis pas, ça se porte sur les nerfs ». Les crises surviennent toujours le soir et le début coïncide avec la tombée de la nuit. « Je suis fatiguée, lasse, j'ai une barre, ça me brûle, le mal y remonte ». A cela s'ajoutent des palpitations et la boule œsophagienne.

L'intensité de ces troubles a nécessité de nombreuses consultations et deux hospitalisations. Tous les examens pratiqués sont normaux.

Les antécédents héréditaires de Mme D... sont particulièrement

chargés, puisque sa mère s'est suicidée au cours d'un accès mélancolique et qu'une grand'mère est décédée à l'hôpital psychiatrique.

Les antécédents personnels sont également très chargés:

- à 26 ans, elle a fait une légère dépression réactionnelle lors de la faillite de son commerce. Elle en accuse son mari, paresseux, alcoolique, dépensier ;
- à 38 ans, ablation de l'ovaire gauche;
- à 39 ans, ablation de l'ovaire droit et hystérectomie;
- à 40 ans, elle refait une dépression névrotique avec insomnie, céphalée, tristesse insurmontable et idées hypocondriaques.

Avant l'intervention, Mme D... présentait un terrain favorable à l'éclosion de troubles névrotiques avec une fragilité affective. Elle avait tendance à être déprimée. Enfin, elle se plaignait de frigidité avec apragmatisme sexuel.

Après l'hystérectomie, on constate une aggravation des tendances dépressives et l'apparition d'une névrose caractérisée avec hypocondrie. L'apragmatisme sexuel est alors total: « j'avais plutôt le dédain de l'homme, mais depuis je l'ai encore plus que jamais ». Elle se plaint d'une grande fatigabilité, d'une faiblesse généralisée et éprouve le sentiment d'être prématurément vieillie.

On peut admettre ici que l'hystérectomie a, sinon déclenché, du moins facilité l'aggravation des tendances névrotiques. La malade a, dès lors, reporté son attention introspective sur des impressions corporelles qui lui ont imprimé la conviction inébranlable d'un mal à la fois inconnu et incurable, puisque l'on n'a rien trouvé de suspect et qu'elle souffre toujours autant. Elle en ressent un épuisement physique contre lequel toute thérapeutique est d'avance considérée comme sans espoir.

Les examens biologiques et sérologiques sont normaux.

Nous résumons dans le tableau ci-dessous les résultats des dosages hormonaux:

F.S.H.	Prégnandiol	Œstrogènes actifs	17 céto-stéroïdes	17 OH corticoïdes 11 oxystéroïdes
50 u.s.	2 mg	inférieur à 5 γ	4,1 mg	2 mg

Le tracé E.E.G. est normal avec quelques nuances d'hyperexcitabilité banale.

L'activité pré-centrale est assez riche. Elle persiste à la S.L.I. qui fait apparaître un « entraînement » transitoire du rythme occipital.

Tableau I

[illegible]

Tableau II

	Observation 1	Observation 2	Observation 3	Observation 4	Observation 5	Observation 6
Age au moment de l'intervention	41 ans	41 ans	35 ans	38 ans	30 ans	39 ans
Délai d'apparition des troubles	Immédiat	Immédiat	Aggravation immédiate des éléments névrotiques pré-existants	Immédiat	Immédiat	Aggravation immédiate des éléments névrotiques pré-existants avec constitution d'une névrose grave
Troubles existants avant l'intervention	Labilité émotionnelle dysthymie	Labilité émotionnelle	Idées hypochondriaques, mais la névrose n'est pas encore constituée.	Terrain névrotique	Préoccupations hypochondriaques avec sensation de striction pharyngo-thoracique	Dépression névrotique que minimise 12 ans avant l'hystérectomie
Interventions subies avant l'hystérectomie	2	1	—	—	2	1
Interventions subies après l'hystérectomie	—	—	2	2	—	—

Commentaires

Dans ces six observations de névrose hypocondriaque, les malades ont été hystérectomisées entre 30 et 41 ans.

Nous résumons dans le tableau I les autres interventions subies. Elles portent toutes sur la région abdomino-pelvienne. Nos six malades totalisent seize interventions; quatre d'entre elles ont été opérées trois fois et les deux autres, deux fois.

Le tableau II a pour but de dégager trois faits essentiels:

- le délai d'apparition des troubles après hystérectomie avec ovariectomie;
- l'existence ou non de troubles psychiques avant cette intervention;
- la situation de l'hystérectomie dans l'ensemble du passé chirurgical de la malade.

Il ressort de l'étude de ce tableau que, dans quatre cas, les préoccupations hypocondriaques sont immédiatement apparues et ont été suffisantes pour que se structure une névrose grave. Dans les deux autres cas, la névrose existait déjà en puissance, à l'état latent pourrait-on dire, et il apparaît que c'est l'hystérectomie qui en a cristallisé tous les affects, aggravant considérablement chaque symptôme d'une manière suffisante pour que la malade ne soit plus capable de s'insérer normalement dans la société.

Il est encore intéressant de noter que, pour quatre malades, c'est l'hystérectomie qui a clos l'histoire chirurgicale, tandis que pour deux seulement elle n'a été que le premier pas nécessaire à la confirmation des troubles.

Il semble qu'il y aurait intérêt, chez de telles malades, à n'intervenir qu'en cas d'absolue nécessité car chaque nouvelle intervention, non seulement ne guérit pas les troubles ou les douleurs allégués, mais renforce la conviction de la femme sur leur réalité. Le geste chirurgical ne peut ici guérir le trouble psychique puisqu'au contraire il ne fait que servir de base, de point de départ, à un nouvel essor de celui-ci.

*
**

Observation 7.

Mme Hug..., 43 ans, entre dans le service en février 1962 pour état dépressif avec insomnie.

Le contact est très bon et c'est avec un plaisir certain que la malade conte les nombreux troubles qui ont déterminé son hospitalisation.

Elle a subi à 35 ans une hystérectomie avec ovariectomie sans qu'on puisse faire préciser les causes qui ont motivé ce geste radical.

A 36 ans, appendicectomie.

A 38 ans, elle aurait souffert d'un « ulcère d'estomac qui venait des nerfs ».

Depuis l'âge de 12 ans enfin, elle suit un régime sévère pour troubles hépatiques supposés, car « *elle a l'impression* qu'elle ne digère pas ». En fait, clinique et examens de laboratoire sont normaux.

Elle a exercé jusqu'à il y a un an le métier d'hôtelière, ce qui exigeait de sa part une grande activité. Actuellement, elle est désœuvrée et, depuis un an, concentrant toute son attention sur sa santé physique, elle « s'analyse » (sic). Elle nous décrit ce qu'elle appelle « ses crises nerveuses » avec angoisse, impression de devenir folle et, pendant les paroxysmes, elle hurle et se roule par terre.

Actuellement, elle présente toute une série de manifestations névrotiques avec sensation de striction de la gorge, boule œsophagienne, palpitations cardiaques, angoisse nocturne, peur de la solitude, peur de ne pas dormir, peur d'avoir une envie subite de crier. De plus, la malade s'alimente difficilement, elle est anorexique et a perdu dix kilos en six mois.

Dans cette observation, il s'agit d'une femme au terrain névrotique important qui, depuis toujours, s'est attachée à s'observer, à s'analyser et pour laquelle l'introspection est devenue une habitude inhérente à sa forme de pensée. Dans ces conditions, il apparaît évident qu'une inaction prolongée devient extrêmement néfaste, ce que confirme l'apparition de troubles graves quelques mois après l'arrêt du travail.

A 35 ans, elle subit une intervention radicale car, dit-elle, « je souffrais du ventre ». Les explications en restent là et il est permis de se demander la nécessité de l'intervention. Depuis, elle est devenue plus « nerveuse » et éprouve des difficultés à effectuer le même travail qu'auparavant. Elle a ressenti péniblement une impression de vieillesse prématurée et s'est sentie frustrée de la perte de ses organes. Il n'y a pas eu de modification dans la sphère sexuelle.

Chez Mme H..., ce n'est pas l'hystérectomie qui a entraîné les troubles névrotiques, mais au contraire on peut admettre qu'elle a été hystérectomisée justement parce qu'elle était, depuis toujours, fortement névrotique. Elle fait remonter à l'âge de 12 ans ses premiers troubles hépatiques. Il est vraisemblable que ce sont des facteurs psychiques essentiellement qui l'ont poussée à l'intervention dans laquelle elle a trouvé la preuve et l'assurance de la réalité de ses troubles.

Elle s'est fait ensuite enlever l'appendice. Puis elle a souffert

d'un « ulcère » et elle accuse maintenant des manifestations hystériques. On comprend que le pronostic soit d'autant plus réservé que la malade s'est davantage enfoncée dans son système.

Les examens biologiques et sérologiques sont normaux.

La stimulation lumineuse intermittente souligne la richesse de l'activité précentrale et détermine un « entraînement complexe » du rythme occipital (harmonique).

Observation 8.

Mlle Eme.... 35 ans, célibataire, bonne à tout faire, entre pour la première fois dans le service pour des douleurs à topographie variable. Les examens répétés cliniques et complémentaires, en particulier radiographiques, permettent d'éliminer une lésion organique.

Elle est la dernière d'une famille de six enfants. A l'âge de 11 ans, elle a été recueillie par une voisine car son père, brute alcoolique, la rouait de coups. Sa mère, très dure dit-elle, n'a jamais eu un mot gentil.

A 11 ans, on pratique une salpingectomie droite pour hydrosal-pynx.

A 23 ans, on tente une reconstruction du vagin. On sait que, dans ce type d'intervention, le succès est lié à des rapports sexuels réguliers. Or la malade n'en a jamais eus, d'où échec total de la tentative.

A 25 ans, devant l'importance de violentes douleurs abdominales, on pratique une hystérectomie sub-totale avec ablation des deux ovaires. Les deux trompes sont le siège de malformations.

Depuis sont apparues des crises pithiatiques avec chutes. La malade ne perd pas connaissance, ne se blesse jamais, n'a aucune amnésie des faits. Il ne s'agit pas de comitialité.

L'asthénie est importante avec une fatigabilité très rapide. La malade a le sentiment de n'être pas une femme comme les autres et l'échec d'une reconstruction vaginale la fortifie dans cette idée: « Je ne pourrai jamais avoir d'homme... Ma vie est gâchée... » Elle est désolée de ne pouvoir se marier, ni d'avoir d'enfant.

Mlle E... est profondément triste. Elle raconte son histoire sur un ton monocorde, d'un air désabusé. Elle n'a pas d'idées auto-destructrices, mais il émane de toute sa personne une résignation profonde avec impuissance totale à découvrir un sens ou une valeur quelconque à la vie. Elle vit son propre désespoir. Il y a pour elle impossibilité de lien avec autrui. Son être-au-monde est fortement

perturbé. Pour elle-même, qu'elle juge inférieure, la réalité n'est faite que de tristesse et d'inintérêt personnel.

Chez cette malade, aux antécédents particulièrement chargés, qui n'a jamais pu s'épanouir dans une affectivité normale, qui a toujours eu une carence d'amour, l'hystérectomie a été la catastrophe terminale après laquelle aucun espoir n'est plus permis, ce qui s'est traduit aussitôt par des crises pithiaques et l'apparition de troubles névrotiques à type de céphalées fronto-orbitaires, de striction de la gorge, de « pincement » du cœur, de boule à l'estomac...

Depuis, chaque événement devient traumatisant: c'est ainsi qu'un individu ayant tenté de l'aborder alors qu'elle roulait à bicyclette, elle a été saisie d'une peur intense. Depuis, elle rêve avec une particulière fréquence et sur un mode angoissant qu'on cherche à la violer et que des hommes munis de fourches et d'armes la menacent. Plus encore, c'est depuis cet événement que sont apparues les douleurs qui nécessitent aujourd'hui son hospitalisation. Elle souffre de la colonne dorso-lombaire, des genoux, des hanches: « Ça me pique comme des aiguilles... ça me réveille la nuit... chaque soir, je suis épuisée... » Aussi a-t-elle dû renoncer à faire de la bicyclette par crainte de tomber.

L'hystérectomie est venue consacrer l'anéantissement de l'être-au-monde de cette malade qui ne vit plus que dans la résignation du temps présent et dans l'angoisse du lendemain.

Les examens biologiques sont normaux.

Les deux tracés E.E.G. montrent des anomalies sporadiques à prédominance temporale et postérieure droite.

Nous résumons dans le tableau ci-dessous les résultats des dosages hormonaux.

FSH	Prégnandiol	Œstrogènes actifs	17 céto-stéroïdes	17 OH corticoïdes 11 oxystéroïdes
moins de 12 u.s.	0,7 mg	10 γ	4,4 mg	0,4 mg

Observation 9.

Mme Rap..., 40 ans, a subi à l'âge de 24 ans une hystérectomie avec ovariectomie pour méno-métrorragie: hystérectomie d'abord sub-totale, puis un an après, résection du col.

Elle entre dans le service en octobre 1961 très déprimée, se

plaignant essentiellement d'insomnies. Profond désespoir avec sentiment d'incurabilité, anorexie, amaigrissement, idées de suicide importantes: elle pense se jeter dans un puits et entraîner son fils avec elle; en fait, il n'y a pas eu de tentative. Mais ce dont elle se plaint surtout, c'est d'une insomnie tenace et rebelle aux somnifères.

La malade a un fond névrotique avec phénomènes d'extériorisation somatique: elle a la boule œsophagienne et se plaint de striction de la gorge, de palpitations cardiaques, d'algies diverses...

Son histoire est compliquée. A 17 ans, elle devient orpheline à la suite d'un bombardement. L'abri où elle s'était réfugiée avec ses parents s'écroule et elle demeure seule vivante, emmurée parmi les cadavres. Cette scène l'a extrêmement traumatisée: elle la revit sans cesse dans ses cauchemars: à cette époque, on doit l'hospitaliser quelques mois jusqu'à ce qu'elle retrouve son équilibre. A sa sortie, elle est d'abord placée dans une ferme, près de Paris, où elle se marie à l'âge de 21 ans. Un an après, un fils naît, désiré dit-elle. La grossesse a été particulièrement difficile avec vomissements importants entraînant un amaigrissement et nécessitant l'hospitalisation. L'accouchement a été très pénible et, un an après, on pratique une hystérectomie avec ovariectomie. De ce jour, l'état de la malade va progressivement s'aggraver. Elle est très frappée par l'opération car elle désirait trois enfants. Elle insiste particulièrement sur le fait qu'elle n'est plus maintenant une femme comme les autres. Elle pense que désormais elle ne peut plus remplir le rôle qui lui était assigné. Elle se considère comme gravement mutilée et en ressent une importante frustration. Elle est très ennuyée de n'être plus jamais réglée, fonction qu'elle valorise au point de ressentir cette aménorrhée définitive comme une perte essentielle.

Les rapports sexuels sont maintenant très décevants, elle s'en désintéresse. Elle souffre de dyspareunie. Aussi très rapidement son mari la délaisse. Elle fait alors une tentative de suicide au gardénal et est traitée (elle est à l'étranger à ce moment-là) par une série d'électroplexies. Elle reconnaît n'avoir rien fait pour retenir son mari, car « je ne suis quand même plus une femme », et celui-ci la quitte bientôt définitivement.

Elle reporte son affection sur son fils unique; elle travaille en hôtel ou fait des ménages. Elle est très gênée par l'abondance des bouffées de chaleur qui persistent, par un engraissement de 20 kg. contre lequel elle ne peut rien. Elle décrit un changement de caractère avec accès de colère et crises de larmes, augmentation de l'émotivité et de la susceptibilité.

Chaque mois, sans un manque, elle présente un état dépressif avec hyperémotivité, nervosisme et idées noires.

Le cortège de signes névrotiques n'existait pas, dit-elle, avant

l'intervention. La boule hystérique est apparue quelques mois après et ne la quitte plus depuis. La nuit, elle est réveillée par des sensations d'étouffement, des angoisses avec sensation de mort imminente.

Enfin, elle se plaint de douleurs au niveau de D4-D5, tout à fait comparables aux algies vertébrales des castrées décrites par M.-F. Jayle.

En résumé, il s'agit d'une femme de 40 ans, hystérectomisée à 25 ans qui a subi dans l'adolescence un traumatisme affectif grave qu'elle n'a pas, à ce moment-là, surmonté seule. Il est probable qu'elle présentait déjà un certain degré d'instabilité émotionnelle qui s'est considérablement amplifié après l'intervention, c'est-à-dire dès la disparition d'organes fortement investis du point de vue affectif. Elle présente un fond névrotique que les circonstances de sa vie n'ont fait qu'aggraver (elle vit seule avec un fils de 16 ans qu'elle idolâtre). Chez cette malade, d'un niveau normal, le pronostic mental semble très médiocre et il y a lieu de craindre des rechutes aiguës. Il est permis de penser que, sur ce terrain prédisposé, l'hystérectomie a été le facteur déclenchant d'une névrose grave.

Les examens biologiques sont normaux.

Le tracé E.E.G. montre des perturbations diffuses du rythme de base. L'hyperpnée confirme quelques potentiels aigus brefs, pariétaux ou temporaux. La stimulation lumineuse intermittente fait apparaître une ébauche d'entraînement du rythme occipital. Ces modifications dynamiques semblent se rapporter à l'incidence neuro-endocrinienne.

Les résultats des dosages hormonaux sont les suivants:

FSH	Prégnandiol	Œstrogènes actifs	17 céto-stéroïdes	17 OH corticoïdes 11 oxystéroïdes
moins de 25 u.s.	0,9 mg	moins de 5 γ	1,8 mg	1,4 mg

Commentaires

Ces trois observations de malades atteintes de névrose d'angoisse avec manifestations somatiques montrent la fragilité psychique qui existait avant l'intervention.

Dans l'observation 7, les premiers troubles remontaient jusqu'à l'enfance et l'hystérectomie ne fut qu'une étape en vue de calmer l'angoisse ressentie, sans résultat d'ailleurs.

L'observation 8 est celle d'une jeune femme particulièrement

touchée dans la sphère affective et qui ressent douloureusement la diminution de son potentiel vital. La cicatrice sous-ombilicale vient ici souligner d'un trait indélébile l'inutilité d'entreprendre quelque effort de réadaptation.

Dans l'observation 9, où l'instabilité émotionnelle est caractérisée, le vécu aura toujours été synonyme d'insatisfaction. Il pourrait être intéressant d'entreprendre ici une étude victimologique de cette femme qui, traumatisée gravement dès l'enfance, n'est ensuite jamais parvenue à organiser sa vie de façon satisfaisante.

*
**

Observation 10.

Mme Cab..., mariée, deux enfants, entre dans le service en août 1961 pour un état d'agitation avec confusion. Dans les jours suivants, la malade allègue l'oubli des troubles. Elle revient au mois de novembre, la même année, pour un nouvel épisode confus avec somnolence, demi-conscience accompagnée de gestes lents, chutes sans brutalité, nausées. De nouveau, la malade déclare ne se souvenir de rien.

Mme C..., a eu un premier enfant en 1947. Elle s'est mariée en 1954 et, en 1955, a eu un deuxième enfant. La même année, elle est hystérectomisée avec ablation des ovaires pour kystes.

Très rapidement après l'intervention apparaissent les premiers troubles qui nécessitent une consultation de spécialiste. La malade tombe, paraissant inconsciente, ou bien se balance lentement de gauche à droite ou d'avant en arrière: puis, après un laps de temps variable, mais pouvant durer plusieurs heures, elle reprend son activité comme si rien ne s'était passé. L'amnésie serait totale. Ces crises se manifestent aussi bien le jour que la nuit, de façon imprévisible, espacées de plusieurs jours à plusieurs mois. Elle aurait même fait deux chutes de bicyclette.

La malade accuse en outre des algies diverses, en particulier articulaires. Elle se plaint de douleurs vésicales. Elle décrit avec détail les diverses manifestations somatiques qu'elle ressent, à type de céphalées, de douleurs oculaires, de striction pharyngo-thoracique, de « crispation gastrique », de palpitations cardiaques. Tous les examens répétés, qui ont été pratiqués, sont normaux.

Cette malade n'a présenté, avant l'hystérectomie, aucun accident pouvant faire évoquer une comitialité. C'est seulement depuis cette intervention qu'elle a fait d'abord une crise convulsive avec phénomènes tonico-cloniques et perte de connaissance, puis les accès actuels qui se poursuivent même pendant son hospitalisation.

Si certains jours Mme C... se comporte de façon absolument normale, d'autres fois, dès le réveil, son comportement est modifié: elle se plaint longuement des mille maux qu'elle endure; elle refuse de se lever et, si l'on insiste, se couche sur le parquet, alléguant des vertiges. C'est au cours de ces états que, dans la journée, surviennent les « crises ». Elles débutent par des céphalées, des modifications de l'attitude, des bâillements, une gêne inconstante dans l'expression verbale, un ralentissement psycho-moteur. Ces accès aboutissent à une modification de l'expression du visage avec fixité du regard, obnubilation et désorientation temporo-spatiale. La malade gît inerte. L'examen cardio-vasculaire est normal ainsi que la respiration. L'examen neurologique montre que le tonus est normal, que les réflexes sont normaux et symétriques. Il n'y a pas de signe de Babinski, pas de réflexes de défense. *La sensibilité douloureuse est abolie.* Les pupilles symétriques sont en mydriase. Durant cet état, la malade n'urine pas. Lorsqu'elle reprend conscience, elle ne se rappelle pas ce qui vient de se passer.

Au cours des deux hospitalisations, sept électro-encéphalogrammes ont été pratiqués. Les uns sont normaux ou ne révèlent que de discrètes anomalies sporadiques temporales gauches, les autres sont globalement perturbés avec modifications évidentes de la réactivité, émoussée ou abolie, dégradation et abaissement du niveau fonctionnel, destructuration objectivant un état confusionnel.

Les accès confusionnels amnésiques et la corrélation électro-clinique nous ont fait aboutir au diagnostic de comitialité, apparaissant comme complication d'un état névrotique .

Nous envisagerons de nouveau le cas de Mme C... lorsqu'à la fin de nos observations personnelles, nous essaierons de voir s'il est possible de tirer quelques conclusions des différents tracés électro-encéphalographiques. Dans la littérature, en effet, nous avons pu retrouver quelques observations similaires à celle de Mme C...

Les dosages hormonaux sont résumés dans le tableau ci-dessous.

FSH	17 céto-stéroïdes	Prégnandiol	Œstrogènes actifs	17 OH corticoïdes 11 oxystéroïdes
entre 25 et 50 u.s.	7,7 mg	0,3 mg	5 γ	3,1 mg

Par ailleurs, tous les autres examens qui ont été pratiqués se sont révélés normaux.

*
**

Observation II.

Mme Bab..., 39 ans, six enfants, entre dans le service pour un accès mélancolique. A l'entrée, elle est très réticente et refuse d'être hospitalisée. Elle présente l'aspect clinique de la mélancolie aiguë: faciès amimique, figé, reflétant l'intensité de la douleur morale. Aboulie avec impossibilité d'effectuer son travail. Apragmatisme. Anorexie. Insomnie. L'auto-accusation est intense. Vagues sentiments d'incurabilité.

Mme B... de niveau intellectuel au-dessous de la normale, s'est mariée à 20 ans avec un veuf de onze ans son aîné. De ce mariage sont nés cinq enfants entre décembre 1952 et décembre 1958. Elle a, de plus, fait une fausse couche. Après le cinquième accouchement, la malade a fait une pelvipéritonite anxieuse *post partum*, puis une dépression. Après le sixième accouchement, nouvel accès dépressif plus intense, nécessitant la première admission dans le service. Elle présente alors des crises douloureuses anxieuses et une périmérite. On pratique une hystérectomie sub-totale avec ovariectomie bilatérale. La malade, à ce moment, est âgée de 38 ans.

Dans cette observation, la légitimité de l'intervention semble peu discutable. Tous les traitements médicaux ont échoué et l'intervention a révélé de gros ovaires sclérokystiques, du liquide ascitique dans le Douglas, un utérus œdématié, marbré et des séquelles adhérentielles de salpingite. Les suites opératoires ont été normales.

La malade néanmoins a été traumatisée par l'ablation d'organes qu'elle considérait comme indispensables. « J'aurais préféré n'être pas opérée de la sorte... j'avais confiance dans le chirurgien, mais, si c'était à refaire, j'hésiterais ». La « hantise » de la grossesse définitivement chassée ne lui apporte aucun réconfort. La cessation de ses règles lui semble difficile à accepter. Dans les rapports avec son mari: « ce n'est plus pareil, j'ai l'impression qu'il me manque quelque chose, j'ai moins de satisfaction, j'ai moins de rapports qu'avant ».

Sa fatigabilité est considérablement accrue.

Elle est devenue plus susceptible et amplifie la moindre contrariété. Enfin, depuis l'intervention, sont apparus des phénomènes de somatisation à type de palpitations cardiaques, de striction de la gorge, de « crispation » de l'estomac.

Depuis l'hystérectomie, Mme B... a fait trois accès mélancoliques, plus graves que les deux apparus auparavant. On ne peut ici imputer à l'hystérectomie l'apparition de la psychose périodique, mais nous voyons que, chez cette malade qui avait déjà présenté des

épisodes dépressifs et chez laquelle l'intervention apparaissait comme inévitable. la perte de « l'Organe de valeur » a entraîné, d'une part, un cortège de troubles qui n'ont pu être surmontés et, d'autre part, une aggravation des accès mélancoliques.

On ne saurait ici nier l'importance d'une psychothérapie intense, pré-opératoire, dans un but prophylactique, afin de rassurer la malade, de faire naître ou de renforcer ses défenses et partant, de lui donner le moyen de surmonter ses difficultés post-opératoires.

Les examens biologiques sont normaux, à l'exception d'une légère altération (passagère) des tests hépatiques.

L'E.E.G. montre des modifications mineures du rythme de base, instable, et des anomalies très discrètes temporales, à prédominance gauche sans qualité étiologique majeure.

Les dosages hormonaux ont donné les résultats suivants:

FSH	17 céto-stéroïdes	Prégnandiol	Œstrogènes actifs	17 OH corticoïdes 11 oxystéroïdes
entre 25 et 50 u.s.	7,9 mg	0,4 mg	8 γ	6 mg

Les tests de Welchsler-Bellevue montrent:

- à l'échelle verbale, un Q.I. de 90;
- à l'échelle de performance, un Q.I. de 83;
- à l'échelle complète, un Q.I. de 86.

Observation 12.

Mme Ber..., 56 ans, entre pour la première fois dans le service. De constitution leptosome, elle s'exprime correctement, sans réticence. Elle est peu inhibée. Le faciès est figé, portant le masque de la tristesse: les traits tombants expriment une grande lassitude morale.

Le début des troubles remonte à deux ans, quelques mois après une hystérectomie avec ovariectomie bilatérale. Progressivement s'est installé un tableau de mélancolie anxieuse. Pendant plusieurs mois, il y a eu apparition, puis aggravation d'une certaine asthénie avec difficulté à travailler, d'un manque de goût général et d'une insomnie qui est allée croissante. La malade est devenue préoccupée, ce qui s'est traduit par un ralentissement important de son activité ménagère.

Actuellement, la malade présente une agitation anxieuse. Les tourments la portent à rechercher la mort et elle extériorise des idées noires avec idées de suicide caractérisées.

L'anorexie est importante se traduisant par un amaigrissement de 13 kg.

L'insomnie est rebelle aux somnifères habituels.

Il n'y a pas d'auto-accusation, ni de sentiments d'indignité.

Dans les antécédents, on note depuis la puberté un cycle menstruel irrégulier et l'ablation d'un goître à l'âge de 42 ans. Il n'y a aucun antécédent psychopathologique.

L'hystérectomie a été pratiquée à l'âge de 54 ans pour fibrome avec ménométrorragies. La malade présentait encore des cycles irréguliers. Elle a été opérée, ne sachant pas ce qu'on allait exactement lui faire et elle décrit la surprise qu'elle a éprouvée à son réveil. Elle met tous ses troubles actuels sur le compte de l'hystérectomie: « si c'était à refaire, je préférerais qu'on me laisse, *puisque je suis malade maintenant à cause de cela* ».

Depuis, elle se plaint d'une fatigabilité beaucoup plus grande, n'arrivant à effectuer son travail qu'avec peine.

L'aménorrhée définitive lui est une cause de tristesse, car elle voyait dans l'apparition de ses règles la preuve d'une santé inaltérée, ce qui est une réponse anormale pour une femme de 54 ans.

Elle a cessé tous rapports sexuels depuis avec son mari. Il y a disparition complète de la libido car, dit-elle, « ça m'ennuie maintenant ».

Enfin il est intéressant de constater la simultanéité de l'intervention et l'apparition d'un « rhumatisme », avec manifestations algiques d'un extrême polymorphisme, semblable à celui décrit par Layani et Durupt. Il s'agit d'atteintes rhumatismales variables dans l'intensité et la topographie lesquelles présentent le caractère spécifique d'intéresser des femmes ménopausées qui n'avaient, avant cette étape, aucun passé rhumatismal.

En résumé, il s'agit d'une femme de 56 ans, hystérectomisée depuis trois ans et qui a présenté, immédiatement après, un rhumatisme et surtout un syndrome mélancolique qui s'est aggravé, nécessitant une hospitalisation d'un mois.

Dans cette observation, il faut souligner le caractère traumatisant de l'intervention et le regret de la malade qui l'accuse formellement de ses troubles mentaux. A noter qu'après l'ablation du goître, la malade n'a présenté aucun symptôme psychique.

L'hystérectomie avec ovariectomie a pratiquement coïncidé avec la ménopause physiologique et on ne peut déterminer avec certitude si la psychose serait apparue sans l'intervention. Nous pensons

néanmoins que l'accès mélancolique est indépendant de l'hystérectomie et qu'il se serait probablement manifesté de toute façon chez cette femme déjà en plein bouleversement hormonal. Elle a vécu l'ablation de ses organes sur un mode angoissant et c'est à partir de ce fait concret, qui lui sert de base, qu'elle cherche à expliquer ses troubles actuels.

Les examens biologiques sont normaux.

Le tracé E.E.G. est normal.

Les résultats des dosages hormonaux sont résumés dans le tableau suivant:

FSH	17 céto-stéroïdes	Prégnandiol	Œstrogènes actifs	17 OH corticoïdes 11 oxystéroïdes
plus de 100 u.s.	9,8 mg	0,3 mg	8 γ	7,9 mg

L'augmentation considérable de la FSH à plus de 100 unités/souris par 24 heures dénote l'importance du dérèglement diencéphalo-hypophysaire.

Le dosage des glyecorticoïdes est normal, ce qui élimine cette étiologie pour expliquer la fatigabilité très importante apparue depuis l'intervention.

Observation 13.

Mme Fra..., 45 ans, pompiste, a subi en avril 1958 une hystérectomie avec ovariectomie pour méno-métrorragies dues à un fibrome. Depuis, elle est entrée deux fois dans le service pour un syndrome mélancolique.

Le début de l'histoire de la malade remonte à novembre 1957. A cette époque, elle consulte pour des méno-métrorragies importantes et aussitôt on lui propose une hystérectomie. La malade est alors extrêmement traumatisée car sa mère qui a subi la même intervention n'a pas survécu. Elle se croit perdue et, de ce jour, devient insomniaque, anorexique, apeurée, anxieuse. C'est dans ces conditions déplorables que l'intervention est pratiquée. Celle-ci se déroule normalement et il n'y a rien à signaler dans les suites immédiates. La malade rentre chez elle dans les premiers jours de mai 1958. Si son état physique s'est amélioré, il n'en est pas de même pour son état psychique qui continue de s'aggraver jusqu'au 15 mai (soit environ un mois après l'intervention), date à laquelle

une hospitalisation dans un service psychiatrique s'avère indispensable.

La malade présente le tableau typique d'un accès mélancolique aigu, franc. Insomnie totale. Refus d'aliments. Idées de suicide. Aboulie et apragmatisme. Conception pessimiste du monde. Sentiment d'incurabilité.

Après sa sortie, la malade retrouve une certaine activité jusqu'en février 1962 où réapparaissent les signes précurseurs d'un nouvel accès et, rapidement, elle doit être hospitalisée une seconde fois. Son état actuel est superposable au précédent. Son moi assiste impuissant à une vie aliénante et pessimiste. Sa vie désormais n'a plus de sens. Elle a perdu la possibilité d'atteindre la joie et la plénitude, car elle est devenue incapable de transcendance et de communion avec autrui.

Jusqu'à l'intervention, en 1958, cette malade n'a présenté aucun trouble psychique. Il est certain qu'il y avait néanmoins une importante labilité émotionnelle, puisque la seule évocation d'une intervention chirurgicale a suffi à déclencher des troubles suffisamment graves pour qu'une hospitalisation devienne nécessaire. L'angoisse qui est née de cet état de fait s'est progressivement amplifiée et l'hystérectomie apparaît comme le facteur concret qui a cristallisé toutes les craintes de la malade.. Ici encore, on ne peut affirmer que l'hystérectomie fut la cause déclenchante: elle fût seulement la cause qui a favorisé l'apparition de la psychose. Celle-ci ne s'est manifestée avec évidence qu'après un délai d'un mois.

Dans cette observation, il est intéressant de constater que la malade n'a présenté aucun trouble après l'opération. Elle ne pense pas avoir perdu quelque chose d'essentiel, de vital; elle n'a pas remarqué, dit-elle, de modification. Néanmoins, elle n'a plus aucun rapport sexuel depuis. Enfin, elle décrit des sensations vagues, bizarres au niveau du ventre. Elle se frotte le ventre des deux mains en déclarant: « *c'est là que commencent mes nerfs, ça me brûle* ». Ainsi, nous voyons que, malgré ses dénégations systématiques, quand aux troubles post-hystérectomie, elle considère malgré tout que cet organe constitue en soi un élément irremplaçable.

Doit-on en conclure que la psychose a été déclenchée par la seule crainte de mourir dans les mêmes circonstances que sa mère et qu'elle aurait réagi différemment à une autre situation traumatisante ? Nous ne le pensons pas. Il est probable qu'il y avait un terrain fortement psychogène et qu'une telle agression a débordé les défenses de la malade.

Les examens biologiques sont normaux.

Le tracé E.E.G. est normal .

Les dosages hormonaux ont donné les résultats suivants:

FSH	17 céto-stéroïdes	Prégnandiol	Œstrogènes actifs	17 OH corticoïdes 11 oxystéroïdes
moins de 25 u.s.	2,6 mg	1,2 mg	moins de 5 γ	2,2 mg

Notons le taux anormalement bas des hormones cortico-surrénales.

Observation 14.

Mme Dub..., 43 ans, institutrice (toujours jusqu'alors remarquablement notée), d'habitus pycnique, après avoir subi en novembre 1960 une hystérectomie avec ovariectomie, présente, à la suite d'une courte période marquée par l'insomnie, un état d'excitation avec confusion qui nécessite son hospitalisation d'urgence. Le comportement est bruyant, la malade est en proie à une agitation désordonnée et stérile exigeant une surveillance étroite. Néanmoins, elle exprime sa perplexité: « Je ne suis pas folle, qu'est-ce qu'il y a, pourquoi suis-je ici... ce n'est pas chez moi... ». Perplexité anxieuse avec tentative pour mettre de l'ordre dans la confusion de ses pensées. Désorientation. Troubles de la synthèse psychique et de la conscience. Troubles de la mémoire.

La malade délire: vivant sa propre mort, elle adhère à son délire, elle « agit » son rêve. Elle marque un profond désespoir à l'idée que sa mort arrive: puis elle pense à celle de son fils, de sa mère, de sa belle-mère. Elle oppose violemment dans ses cris des idées déistes et rationalistes. On note l'importance du thème mystique.

Cet état disparaît en quelques jours pour faire place à une tristesse que l'on ne parviendra pas à vaincre tout à fait.

Il est remarquable de noter que cette malade n'a présenté auparavant aucun trouble psychique. A peine peut-on signaler un tempérament un peu nerveux, mais sous un extérieur toujours très calme et stable.

L'épisode aigu de cette première hospitalisation coïncide avec le départ du domicile conjugal pendant deux jours de la meilleure amie de notre malade, ce qui a déterminé un traumatisme affectif grave, élément déclenchant sur un terrain fragilisé par l'insomnie consécutive à l'intervention.

Deux mois après sa sortie, elle est de nouveau hospitalisée pour

un accès de mélancolie anxieuse. Dans l'intervalle, il a été impossible de lui faire reprendre son travail d'institutrice, car elle se sentait incapable (et en fait elle l'était vraiment) de faire ses cours comme auparavant.

A son entrée, elle présente un tableau mélancolique typique: insomnie, auto-accusation, sentiment de déchéance, d'incurabilité: « j'ai passé des nuits, oh, les nuits ! à me rendre compte de ce que j'étais devenue. je suis dégoûtée de moi... si seulement j'étais folle, je ne m'en rendrais pas compte... je suis déçue de moi, personne n'y peut rien que moi et je m'enlise... ». Douleur morale intense. Idées de suicide, aboulie, apragmatisme.

Après une série d'électroplexies, la malade sort au bout d'un mois. Elle semble beaucoup mieux, mais malgré la prise régulière de neuroleptiques et un long repos elle ne parvient pas à se stabiliser et, sept mois après, elle revient pour la troisième fois, présentant un tableau de mélancolie anxieuse superposable au précédent.

Depuis, son esprit est resté concentré sur un thème monotone, monodéiquement lugubre ou anxieux. Elle vit dans un monde de valeurs négatives et le ralentissement de son courant psychique incline vers la Faute, la Culpabilité, la Punition existentielle et par suite vers la Mort.

Dans cette observation, nous trouvons une femme de 43 ans, sans aucun précédent psycho-pathologique, remarquablement insérée socialement et adaptée professionnellement. Six semaines après une hystérectomie avec ovariectomie apparaît un état d'agitation confuse avec thèmes délirants de mort: puis, respectivement trois et sept mois après, deux accès de mélancolie, avec anxiété, importance de l'auto-accusation et intensité de la dépréciation du moi.

On peut rapprocher cette observation de celles décrites par J. Cordier. Nous y retrouvons, lors du premier accès, un état confusionnel, une mémorisation déficitaire, une dysthymie de type franchement maniaque avec agitation psychomotrice et activité délirante à base interprétative.

Cet aspect de la psychose n'est apparu que plusieurs semaines après l'intervention, ce qui semble être en rapport avec l'anarchie hormonale brusquement installée.

Depuis, la malade a fait deux accès de mélancolie anxieuse et actuellement, toujours incapable de transcendance et de contact avec le monde, elle vit repliée sur sa propre douleur et s'avère incapable de se réinsérer normalement.

Les examens biologiques sont normaux.

Les tracés E.E.G. ne montrent que des anomalies mineures globales, sans caractères spécifiques.

Les résultats des dosages hormonaux sont résumés dans le tableau ci-dessous.

FSH	17 céto-stéroïdes	Prégnandiol	Œstrogènes actifs	17 OH corticoïdes 11 oxystéroïdes
entre 50 et 100 u.s.	7,9 mg	0,8 mg	8 γ	3,3 mg

On note l'importante production de FSH qui dépasse 50 unités/souris par 24 heures.

Commentaires

De ces quatre observations de psychose périodique il faut, croyons-nous, réserver une place spéciale à la dernière, celle de Mme D... (obs. 14) et c'est par elle que nous terminerons.

Les trois autres observations sont celles de femmes qui ont toutes présenté plusieurs accès mélancoliques. Dans l'observation 11, la malade avait même fait avant l'intervention deux épisodes dépressifs. Nous ne pensons pas qu'il faille ici chercher à expliquer la psychose par une interprétation purement psychogénétique. Si cela peut s'admettre, dans une certaine mesure, pour des névroses, il semble qu'il soit beaucoup plus difficile, pour une psychose périodique, d'affirmer que « *propter hoc, ergo hoc* ».

L'observation 14 est plus particulière. Malgré de minutieuses recherches, nous n'avons pu retrouver aucun antécédent psychopathologique. Il s'agissait d'une femme remarquablement bien insérée et rien ne permettait de prévoir ce qui allait se passer. L'apparition d'une confusion avec agitation de type maniaque nous semble originale et, avec Montassut, nous la classerons dans le cadre des confusions endotoxiques.

*
**

Observation 15.

Mme Lel..., 45 ans, sans enfant, entre dans le service après une tentative de suicide due à un sevrage brutal.

Il s'agit en effet d'une toxicomane, éthylique de surcroît, chez laquelle un arrêt brutal de stupéfiant a déterminé un état dépressif avec raptus suicidaire.

Mme L... est de constitution pléthorique. Son teint est coloré.

A l'entrée, elle est subexcitée, logorrhéique. On note l'instabilité de la thymie qui passe du pôle d'excitation au pôle dépressif, sans stade intermédiaire. Elle est bien orientée et coopère à l'entretien.

La veille, dans la matinée, elle a ouvert les robinets du gaz. Elle s'est d'abord allongée par terre avec son caniche (sic), puis s'est traînée dans la pièce à côté pour gagner son lit. C'est là qu'on l'a retrouvée à midi, somnolente, mais non comateuse. Il n'y a pas d'amnésie rétrograde des faits.

Cette tentative de suicide est la première faite par la malade. L'idée s'était peu à peu imposée à elle depuis une huitaine de jours, finissant par prendre un caractère obsédant. Le passage à l'acte a été déterminé par le désarroi consécutif au sevrage du stupéfiant: l'eubine.

Les habitudes de ce toxique remontent à quatorze ans. A ce moment, la malade âgée de 32 ans subit une hystérectomie avec ovariectomie pour tumeur. Il est remarquable de noter que la toxicomanie est apparue aussitôt après l'opération. Au début, elle prenait de petites doses, mais elle a dû progressivement les augmenter et ces derniers temps elle consommait chaque semaine 11 boîtes de 7 suppositoires.

A cette toxicomanie s'est ajoutée depuis deux ans un éthylisme croissant. Au début, Mme L... buvait un peu de Pernod: actuellement, elle consomme deux à trois litres de vin par jour, mais sans jamais atteindre l'ivresse.

L'eubine et l'alcool ont entraîné à la longue un état d'excitation permanent avec agitation psychomotrice. Il n'y a pas d'euphorie caractérisée. Il n'y a pas d'extériorisation érotique.

Depuis quinze jours, ce tableau s'est profondément modifié. La malade est peu à peu devenue apragmatique, négligeant les soins ménagers, passant ses journées au lit. Elle est anorexique. Elle présente des troubles du sommeil à type de cauchemars terrifiants avec zoopsies: en particulier la malade voit ses lapins et son chat morts...

Mme L... a toujours eu une vie très agitée. Elle n'a été en classe que quelques mois et n'a pas son C.E.P. C'est une enfant de l'Assistance Publique qui a été abandonnée par ses parents sur lesquels on possède peu de renseignements: le père était un alcoolique invétéré et la mère serait décédée d'un accident vasculaire.

A 15 ans et demi, elle épouse un cultivateur et divorce six ans après, ayant eu deux enfants de ce mariage.

Puis elle travaille dans une usine et dans une boucherie; elle change ensuite très souvent de place, affectionnant en particulier celle de gérante de fonds de commerce.

A 31 ans, elle épouse un plombier qui a dix ans de moins qu'elle.

A 32 ans, elle est hystérectomisée et de ce jour s'adonne à l'eubine.

A 35 ans, elle part en Amérique du Sud pour tenter de faire fortune en tenant une ferme. Mais elle revient un an après ruinée.

Elle reprend alors des fonds de commerce en gérance, ne s'attardant à aucun.

Enfin, depuis deux ans, elle s'est retirée dans une petite maison qu'elle a finalement acquise. C'est à ce moment qu'elle commence à prendre ses habitudes éthyliques.

Nous voyons que Mme L... présente un déséquilibre psychique, qu'elle est socialement instable, que ses désirs sont toujours impérieux et plus forts que la raison. Elle a été carencée du point de vue familial et a d'importants antécédents héréditaires. L'hystérectomie a été ressentie comme une perte grave et depuis elle a cessé tout rapport sexuel avec son mari. Il y a extinction de la libido. On retrouve ici la régression au stade oral comme chez tout toxicomane où les possibilités de plaisir sont ramenées à ce niveau des assouvissements primitifs et où la sexualité est le plus souvent très appauvrie.

Mme L... a tenté, avec l'eubine, de modifier le vécu douloureux de la réalité en substituant, grâce aux « paradis artificiels », un vécu satisfaisant de jouissance personnelle et de phantasmes hédoniques. Depuis deux ans, l'inactivité, l'ennui, ont rendu indispensable l'adjonction d'un autre toxique : l'alcool.

Les examens biologiques sont normaux.

Le tracé E.E.G. est normal, sans aucune particularité dynamique.

Ainsi, chez cette malade déséquilibrée, l'hystérectomie a marqué un tournant capital. La malade a tenté, par les toxiques, de combler la grave frustration affective qu'elle a ressentie. Elle a recherché dans la drogue une modification apaisante de ses sentiments vitaux. L'eubine, puis l'eubine et l'alcool l'ont aidée à conférer une tonalité agréable à ses expériences perceptives et thymiques et à ses relations avec le monde.

*
**

Observation 16.

Mme Gir..., 44 ans, divorcée puis remariée, sans profession, entre pour la première fois dans le service, adressée pour un délire à thème mystique apparu depuis quelques mois.

L'aspect de la malade est frappant. Elle porte des lunettes à

large monture. Elle s'exprime sur un ton chantonnant. Elle minaudes sans cesse. La mimique varie depuis le rire jusqu'à la crise de larmes avec tamponnement intempestif des yeux. Elle saute du rire aux pleurs qui, d'ailleurs, ne durent pas. Elle s'agite sur son fauteuil, se tord les mains, puis prend de temps à autre une attitude extatique. Elle parle volontiers, sans aucune réticence, mais débute souvent sa phrase par: « Oh, je ne sais pas si je vais vous le dire, ne le répétez pas ». Elle donne l'impression de jouer sans cesse. Il y a un théâtralisme certain.

L'histoire de cette malade est complexe. A la sortie de l'école, elle a travaillé d'abord dans un café, puis dans une épicerie avant d'apprendre le métier de modiste.

A 20 ans, elle a eu une déception sentimentale avec un jeune homme qu'elle idéalise maintenant, idéalisation probablement due au fait que cette relation amoureuse n'est vécue que sur un mode imaginatif, déréel, qui permet, par conséquent, d'envisager toutes les possibilités de bonheur qu'elle a ainsi perdues.

A 23 ans, elle épouse un garçon qui part aussitôt faire son service militaire. Elle divorce trois ans après car « dans un mariage, il ne faut pas choisir d'après la tête, mais d'après l'intellect, pour se comprendre mutuellement et moralement, ce qui est impossible sur terre, car il y a trop de femmes ». Il s'agissait d'un homme illettré, athée et paresseux (sic). De cette union est né un garçon, actuellement âgé de 19 ans et dont la malade ne parle pas.

A 30 ans, elle se remarie après une période de solitude pendant laquelle elle a travaillé pour élever son fils. Période exempte de relations: « je ne regardais même pas un homme », ce qu'elle nous jure dans l'attitude du serment.

Mais ce second mariage est aussi un échec. Il faut alors remarquer que, si après une intervention en 1957 pour kyste de l'ovaire, les suites ont été normales, c'est après l'hystérectomie avec ovariectomie en 1959 que tous les troubles vont apparaître ou, pour être plus exact, se concrétiser.

La malade est déguée de son deuxième mari: « Je l'aime, mais il ne comprend pas les choses comme je les comprends... ce qui fait le bonheur d'un ménage, c'est d'être semblables... ».

Elle va alors chercher refuge dans la maladie et, depuis l'intervention, elle est une grande malade: « j'ai perdu toute ma force... cela parti (il s'agit de l'utérus), il en est fini de ma dernière résistance... je suis une vieille femme... il m'aurait fallu beaucoup de gentillesse... j'aurais voulu qu'on m'aime (elle sanglote)... ». Elle regrette infiniment de n'avoir pas eu de fille qui l'aurait aimée et lui aurait servi de compagne.

La malade est très érotique et si, au début, elle se retranche

dans un comportement infantile: « Oh ! pour ces choses, je suis restée bébé », rapidement on parvient à lui faire extérioriser son sentiment d'incomplétude. De fait, elle n'a plus aucun rapport avec son mari.

Enfin, elle est anorexique et extrêmement gênée par l'importance tant en nombre qu'en intensité, des bouffées de chaleur.

Depuis l'hystérectomie, la malade fait ce qu'elle appelle « ses crises ». Elle tombe par terre, souvent elle garde la conscience du monde environnant. Ces crises se produisent surtout lorsqu'elle est contrariée et s'accompagnent de palpitations cardiaques et de serrement de gorge avec apparition de la boule œsophagienne: « Quand je tombe, ça ne me fait pas mal, je ne me blesse pas... puis je m'assois n'importe où, je ne suis pas fière ». Dans ces moments, son mari la critique, la secoue alors qu'il lui faudrait de l'amour (sic).

Cette malade s'avère donc incapable de donner un sens satisfaisant à la vie, révélant par là son caractère masochiste. Elle éprouve un sentiment de malaise, un besoin de se plaindre, de se montrer délaissée, de se complaire dans une rumination malheureuse et sans espoir: « jamais je n'ai été heureuse... jamais je n'ai connu la joie et j'ai toujours pleuré... pourtant je suis franche, honnête, propre, loyale et travailleuse... Je voudrais être aimée... ». Sa vie sentimentale est un échec et quand elle s'abandonne à la maladie, on se moque d'elle ! Elle a un comportement d'auto-punition où elle cherche à se rendre malheureuse et insupportable pour autrui, afin que l'on s'occupe d'elle.

C'est dans ces conditions que sont apparues, depuis quelques temps, des préoccupations mystiques. Elle déclare entrevoir la Vierge dans des tourbillons de nuages. Celle-ci lui sourit et lui parle, exprimant des paroles gentilles (sic).

Bien que Mme G... bâtit, en partie, avec son imagination, elle n'en a pas moins la conviction délirante de ses hallucinations. Sa thématique délirante est surtout à base interprétative; elle interprète tout ce qui se passe dans l'ambiance en fonction d'elle-même. De plus, elle s'entretient à voix haute avec ses hallucinations qui la commandent. Le thème du délire est de teinte mystique. Enfin, la malade a un comportement anormal fait de repli sur soi, d'isolement et d'inactivité.

Chez Mme G..., qui présente un délire de type paranoïde apparu sur un fond névrotique ancien, nous avons fait pratiquer le test de Rorschach. Il montre essentiellement deux choses:

— d'une part, le comportement hystérique de la malade qui interprète un nombre important de formes de façon erronée. Sa pensée est restée quelque peu infantile. Le type de résonance

intime extratensif pur indique une grande instabilité affective avec perte du contrôle émotionnel en face de stimuli externes. Les réponses d'estompage (EF) marquent aussi une affectivité à la recherche d'objets sur lesquels vient se fixer une vie sentimentale insatisfaite.

— d'autre part, on remarque la perte du contact humain profond, de la capacité de s'identifier à l'être humain. Le petit nombre de banalités est également un signe d'autisme en même temps qu'il fait douter d'une bonne adaptation sociale élémentaire. Enfin, les réponses syncrétiques avec association mauvaise de plusieurs détails, la perception de formes coupées, dissociées, que le sujet veut ensuite rapprocher et l'absence de réponses humaines sont autant de caractères que l'on rencontre ordinairement chez les psychotiques.

Les examens biologiques sont normaux:

Les dosages hormonaux sont résumés dans le tableau suivant:

FSH	17 céto-stéroïdes	Prégnandiol	Œstrogènes actifs	17 OH corticoïdes 11 oxystéroïdes
environ 5 u.s.	6,8 mg	0,2 mg	moins de 5 γ	2,8 mg

Les différents tracés E.E.G. sont dépourvus d'altérations spécifiques. Tracés peu amples avec réactions d'arrêt positives labiles. L'hyperpnée augmente l'amplitude générale du tracé. La stimulation lumineuse intermittente fait apparaître un entraînement physiologique transitoire du rythme occipital.

On note une inobservation relative des consignes, mais plus par une incidence émotionnelle que par manque de disponibilité.

Ainsi, chez Mme G..., personnalité fortement névrosée, l'hystérectomie fut le catalyseur qui a permis l'extériorisation et le développement des troubles jusqu'à un repli sur soi tel que toute adaptation sociale est devenue impossible.

C'est après l'hystérectomie que sont apparues les crises pithiatiques et les manifestations somatiques diverses.

Peu à peu s'est constitué un délire de type paranoïde, dans lequel la malade s'est enfermée. Elle y converse avec ses hallucinations, avec « ses voix » (mais il ne s'agit que de voix séraphiques) et interprète chaque stimulus extérieur en fonction de son délire.

BILAN HORMONAL

Nous avons pratiqué des dosages hormonaux chez dix de nos malades. Nous avons dosé les F.S.H., le prégnandiol, les œstrogènes actifs, les 17 OH corticoïdes et les 17 céto-stéroïdes sur les urines de 24 heures.

— Le dosage de la F.S.H. a été pratiqué selon la technique de R. Henry ⁽¹⁾. Nous avons vu que la castration entraînait une augmentation considérable de la F.S.H. Nous avons retrouvé cette augmentation dans huit cas dont l'un dépassait 100 unités-souris. Dans un seul cas, le taux a été inférieur à 12 unités-souris.

— Le prégnandiol a été dosé après hydrolyse enzymatique selon la technique d'Astwood. Les résultats sont exprimés en prégnandiol. Selon Hamblen et ses collaborateurs (1941), il disparaît des urines après castration. Cependant, suivant M. Polonovski, la cortico-surrénale serait dans ce cas la source des hormones ovariennes (ce qui lui a valu le nom de gonade de la vieillesse), ce qui explique que l'on trouve, comme dans nos observations, quelques fractions de mg de prégnandiol ⁽²⁾.

— Les œstrogènes actifs (folliculine) ont été dosés après hydrolyse enzymatique, selon la technique de M.-F. Jayle et les résultats sont exprimés en œstrone. Selon Hamblen et collaborateurs, leur taux s'amenuise après castration. Nos résultats concordent, puisque nous avons trouvé des taux variant de 5 à 10 gamma. Ici encore la surrénale fournit une légère sécrétion œstrogénique.

— Le dosage des 17 OH corticoïdes (11 oxystéroïdes) a été pratiqué après hydrolyse enzymatique selon la méthode de Porter et Silber. Les résultats sont exprimés en cortisone. Le taux normal

(1) *Ann. Biol. Clin.* 1954, III, p. 25.

(2) Polonovski (M.) - *Pathologie chimique*, 1952, II, p. 903.

d'élimination par 24 heures se situe entre 3 et 7 mg. Dans quatre cas, nous avons trouvé un résultat normal. Dans cinq cas, un taux inférieur à la normale, en particulier pour Mlle Eme... (obs. 8) avec un taux de 0,4 mg. Dans un cas, l'excrétion urinaire est supérieure à la normale avec un taux de 7,9 mg.

Les 11 oxystéroïdes ont une activité hormonale très accentuée sur la fatigabilité et le métabolisme glucidique.

— Le dosage des 17 céto-stéroïdes neutres (par opposition aux 17 céto-stéroïdes acides ou phénoliques — groupe de l'œstrone — dont la signification physiologique est différente) a été pratiqué selon la technique de Cahen et Salter. Les résultats sont exprimés en déhydroépiandrosterone. Chez la femme, leur origine est exclusivement cortico-surrénalienne et ils peuvent être considérés comme les androgènes urinaires. Selon Hamblen, le taux des 17 céto-stéroïdes augmente. En 1949, M.-F. Jayle a décrit un syndrome de la castration avec une augmentation notable des phénol-stéroïdes et des taux faibles de 17 céto-stéroïdes.

Selon M. Polonovski, on s'explique parfaitement la présence dans le cortex surrénal de substances douées d'activité d'hormones génitales et notamment d'androgènes. Ceux-ci sont normalement synthétisés en faible proportion, mais un processus pathologique, telle qu'une dégénérescence néoplasique de la glande ou une atteinte hypophysaire entravant le mécanisme régulateur de la sécrétion hormonale du cortex, peut entraîner une déviation ou une augmentation de la sécrétion, conduisant à une production excessive d'androgènes. Mais l'auteur admet que la castration est pratiquement sans effet.

Si l'on considère comme normal un taux d'élimination urinaire quotidien compris entre 6 et 12 mg., nous n'avons trouvé aucune augmentation. Dans six cas, nous avons trouvé un taux d'excrétion normal et dans quatre cas un taux inférieur à la normale, en particulier chez Mme Fra... (obs. 13) avec 2,6 mg. et Mme Rap... (obs. 9) avec 1,8 mg.

D'après les résultats de ces dosages, nous voyons que les taux hormonaux que nous avons obtenus coïncident avec ceux généralement retrouvés. Or, nous avons choisi comme base de comparaison des femmes castrées, mais non atteintes de troubles mentaux évidents. Il en découle que, s'il n'y a pas de différence entre les taux d'hormones d'une femme castrée au psychisme normal et ceux d'une femme ayant subi la même intervention, mais présentant depuis d'importants troubles mentaux, il devient difficile d'imputer l'apparition du dérèglement psychique au seul bouleversement hormonal.

La diminution du taux des glucocorticoïdes, que nous avons

observée dans six cas, pourrait faire penser que c'est là l'explication de la fatigabilité plus grande et si souvent rencontrée chez les femmes hystérectomisées, mais nous n'avons pas trouvé, chez cinq de nos six malades que leur fatigabilité fût supérieure à celle des autres dont les taux étaient normaux. Seule Mlle Eme..., dont le chiffre de 0.4 mg est anormalement bas, présente une asthénie grave avec fatigabilité extrêmement rapide.

Néanmoins, la part hormonale et en particulier l'importance du groupe diencéphalo-hypophysaire gardent une place prépondérante. Nous y insisterons de nouveau dans nos conclusions.

L'ensemble des dosages effectués figure dans le tableau III.

Tableau III

	F.S.H.	17 céto- stéroïdes	Pré- gnandiol	Œstrogènes actifs	17 OH corti- coïdes 11 oxystéroï- des gluco- corticoïdes
Mme Die... obs. 5	env. 25 u.s. souris/24 h.	9,5 mg	0,8 mg	10 γ	3,3 mg
Mme Dut... obs. 6	env. 50 u.s.	4,1 mg	0,2 mg	moins de 5 γ	2 mg
Mme Eme... obs. 8	moins de 12 u.s.	4,4 mg	0,7 mg	10 γ	0,4 mg
Mme Rap... obs. 9	moins de 25 u.s.	1,8 mg	0,9 mg	moins de 5 γ	1,4 mg
Mme Gab... obs. 10	entre 25 et 50 u.s.	7,7 mg	0,3 mg	5 γ	3,1 mg
Mme Bab... obs. 11	entre 25 et 50 u.s.	7,9 mg	0,4 mg	8 γ	6 mg
Mme Ber... obs. 12	plus de 100 u.s.	9,8 mg	0,3 mg	8 γ	7,9 mg
Mme Fra... obs. 13	moins de 25 u.s.	2,6 mg	1,2 mg	moins de 5 γ	2.2 mg
Mme Dub... obs. 14	25 u.s.	7,9 mg	0.8 mg	8 γ	3,3 mg
Mme Gir... obs. 16	env. 50 u.s.	6,8 mg	0.2 mg	moins de 5 γ	2,8 mg

DONNÉES ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIQUES

Nos seize malades ont bénéficié d'un contrôle électro-encéphalographique. Leur âge s'étendait de 32 à 57 ans avec une majorité évidente entre 32 et 45 ans.

L'intervention a été effectuée un temps très variable avant les explorations, allant de quelques semaines à quinze ans: la moitié des tracés ont pu être enregistrés dans les cinq premières années suivant l'hystérectomie.

- 10 malades présentaient un état névrotique, névroses d'angoisse ou névroses hypocondriaques, parmi lesquelles :
 - 5 faisaient des accès à type de « crises »,
 - 4 présentaient des accès atypiques avec des manifestations émotionnelles et végétatives diverses, mais sans modification de la conscience,
 - 1 enfin dont les accès confusionnels amnésiques nous retiendront plus particulièrement.
- 4 malades étaient atteintes de psychose périodique,
- une présentait une toxicomanie,
- une avait un délire paranoïde.

Nous avons pu relever:

- 8 tracés normaux, s'adressant indifféremment aux diverses catégories de malades;
- 5 tracés qui présentent des particularités dynamiques (activité rapide; dédoublement du rythme alpha; sensibilité particulière à la stimulation lumineuse intermittente, à type de recrutement). Ces modifications, qui s'inscrivent dans l'évolution du syndrome mental ou demeurent dans le cadre typologique, se rapportent toutes à des états névrotiques,
- 3 tracés montrent des perturbations temporelles d'importance moyenne, à type de séquences lentes monomorphes, sinusoïdales ou aiguës, *thêta-delta*:

- un foyer temporal gauche, étiqueté fonctionnel et noté classiquement dans certains tableaux psycho-névrotiques en évolution (il s'agissait d'un état mélancolique);
- un foyer temporo-occipital droit répondant aux mêmes définitions (il s'agissait d'un état névrotique avec crises pithiatiques);
- un foyer temporal gauche enfin, appartenant à la malade (obs. 10) qui présentait des accès confusionnels amnésiques et pour laquelle a été posé le diagnostic de comitialité, apparaissant comme complication d'un état névrotique. Chez cette malade, à la phase post critique, les anomalies temporales gauches étaient plus marquées et tendaient à disparaître en s'éloignant de la date de la crise. La réactivité du tracé (réaction d'arrêt, répartition spatiale de l'activité de base) était émoussée après l'accès et ne reprenait son aspect normal que quelques jours plus tard. Vérifiée à plusieurs reprises, cette évolution s'est révélée constante.

Cette observation nous suggère de rapporter, en corrélation, le travail effectué par E. Lugaresi, G. Gentili et G. Cavalea de Bologne, traitant de l'épilepsie et d'accès périodiques chez des femmes ayant subi une hystérectomie avec ovariectomie. Ces auteurs rapportent le cas de plusieurs malades qui ont présenté, après l'intervention, des accès convulsifs comitiaux, typiques, avec des anomalies temporales. La résolution électro-clinique des troubles était obtenue par un traitement à base de gardénal et de diphénylhydantoïnes.

Par ailleurs, nous avons pu suivre, en consultation externe, deux malades atteintes de perturbations graves du cycle menstruel. Elles présentaient également des foyers temporaux de caractère paroxysmique et des crises comitiales généralisées typiques. Les troubles ont disparu en quelques mois avec un traitement mixte, hormonal et anti-comitial.

Le problème reste posé de savoir dans quelle mesure un état névrotique grave est capable de déterminer des crises de nature comitiale ou des « pointes-ondes » que certains auteurs ont voulu appeler « pointes-ondes de décompensation névrotique ».

Enfin, il apparaît probable qu'un dysfonctionnement hormonal soit capable d'engendrer des troubles électriques suffisamment importants pour déclencher des crises convulsives. A ce propos, J.-P. Gautray pense que les hydantoïnes sont les plus efficaces pour corriger les altérations électro-encéphalographiques dues aux perturbations neuro-endocriniennes.

Au total, les tracés ont été interprétés dans le but d'établir des

	Age au moment du 1 ^{er} tracé EEG	Age au moment de l'intervention	Temps écoulé entre l'intervention et le 1 ^{er} tracé EEG	E. E. G.
Névroses hypocondria- ques	51	41	10	1 tracé normal
	41	39	2	1 tracé normal
	47	35	12	3 tracés normaux. Accélération du rythme de base.
	45	38	7	1 tracé normal. Rapidité inusuelle du rythme de base.
	32	28	4	3 tracés, tous spontanément peu amples.
	45	39	6	1 tracé normal
Névroses d'angoisse	43	35	8	2 tracés normaux.
	35	25	10	2 tracés. Anomalies sporadiques à prédominance temporale et posté- rieure droite.
	40	25	15	1 tracé. Perturbation diffuse du rythme de base.
Comitialité sur terrain névrotique	35	27	8	7 tracés. Perturbations globales, anomalies temporales gauches.
Psychoses périodiques	39	38	1	1 tracé. Anomalies discrètes, temporales à prédominance gauche.
	57	54	3	1 tracé normal
	45	40	5	1 tracé normal
	43	43	quelques semaines	2 tracés normaux.
Toxicomanie	45	42	13	1 tracé normal
Délire paranoïde sur fond névrotique	44	40	4	1 tracé. Tracé peu ample. Réaction d'arrêt positive, labile.

corrélations électro-cliniques qui se sont révélées disparates mais intéressantes en ce qui concerne des complications comitiales éventuelles ou des phénomènes de décompensation aiguë au cours des états névrotiques. La morphologie des anomalies rencontrées, d'expression temporelle, s'est révélée banale sans incidence pronostique péjorative.

Il nous semble impossible de tirer quelques conclusions précises, concernant les structures intéressées, de la survenue de ces anomalies.

Les différentes données électro-encéphalographiques sont résumées dans le tableau IV.

CONCLUSIONS

Il ressort, de cette étude, que des théories diverses s'affrontent. L'accord est loin d'être fait et si le Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de 1959 a souligné une nette tendance à la chirurgie conservatrice, beaucoup d'auteurs continuent de penser que le geste dit radical est le seul valable, le seul permettant d'envisager l'avenir avec optimisme.

Les chirurgiens et gynécologues font état chacun de leur statistique personnelle. Lorsqu'on les examine séparément, chacune semble concluante.

Les uns, apportant leur témoignage de chirurgiens conservateurs, pensent qu'il faut toujours intervenir *a minima*, que s'il reste un morceau d'ovaire sain, il faut le conserver précieusement car il est irremplaçable. Pour eux, l'hystérectomie est une intervention particulièrement traumatisante et les hormones de remplacement, à « l'action mirifique », ne sont en fait qu'un mythe. De plus, la conservation ovarienne permet la conservation de la morphologie féminine, la possibilité plus fréquente de réactions sexuelles normales et empêche l'apparition des bouffées de chaleur. La femme garde une certaine périodicité (à type de tension mammaire, de ballonnement abdominal...) et quelque regret qu'elle éprouve, du moins se rassure-t-elle en trouvant la preuve qu'elle est quand même restée une femme.

Les autres, chirurgiens partisans d'une intervention radicale, estiment que ce type d'intervention est le seul bénéfique. Il met à l'abri des récidives et, au maximum, il suffit d'une simple psychothérapie pour corriger les troubles éventuels. L'état de la femme, après, reste presque superposable à ce qu'il était avant. C'est là, semble-t-il, méconnaître la complexité de la Psyché féminine. On peut s'étonner de la facilité avec laquelle on enlève à une femme son utérus et ses ovaires, si l'on compare le grave problème qui serait probablement soulevé si l'on devait castrer le mari de cette

même femme. Ne doit-on voir là, comme explication, que l'absence de tout côté « esthétique » puisqu'il s'agit d'organes cachés ? Certes la femme hystérectomisée peut conserver une libido normale et suivant H. Bedrine, si les substances œstrogènes paraissent indispensables à la « mise en route » de la sexualité, elles ne sont nullement nécessaires à son entretien, ce dernier étant déterminé par des éléments psychiques et somatiques extra-endocriniens. Quant à la folliculine, si elle est nécessaire à « l'érotisation » des organes génitaux, son action devient accessoire sur les organes déjà « érotisés ».

*
**

Le concept de la féminité, sur lequel se sont penchés les *psychanalystes et les psychiatres*, est certainement beaucoup plus important qu'on ne le croit souvent. L'ablation d'organes, dont la charge affective est particulièrement importante et qui sont si fortement investis par la femme, peut suffire, dans une perspective purement psychanalytique, à expliquer un grand nombre de troubles.

L'intervention mutilante est vécue sous le signe d'une humiliation narcissique difficile à surmonter. La femme, qui sent ses organes génitaux menacés en tant qu'organes de reproduction, renforce l'intérêt qu'elle porte à sa propre personne et une lutte s'installe pour protéger sa féminité. Le traumatisme que représente l'impossibilité des grossesses futures est encore plus profond et plus important que l'humiliation narcissique de voir disparaître sa jeunesse et sa beauté. Et l'on peut ici reprendre cette phrase d'Edward Gibbon : « Je ne veux pas imaginer un déclin prématuré de l'esprit et du corps, mais je ne puis m'empêcher de constater que deux causes assombriront toujours le soir de la vie: le temps qui s'abrège et l'espoir qui s'en va ! »

La participation de modalités fonctionnelles que nous avons essayé de rechercher tant par les dosages hormonaux que par les tracés électro-encéphalographiques ne nous permet pas de tirer de conclusions précises.

Si les différents dosages hormonaux que nous avons pratiqués ne peuvent servir de point de départ à une théorie pathogénique hormonale, il ne faut pas, pour cela, se hâter de conclure qu'un tel bouleversement endocrinien est au fond de peu d'importance. C'est probablement moins la suppression de la fonction endocrine de l'ovaire qui est importante que la répercussion qu'entraîne cette suppression au niveau du carrefour diencéphalique. On peut imputer à cette perturbation centrale le temps de latence qui apparaît en général entre le moment de l'intervention et le moment où se révèle le trouble mental. C'est encore au diencéphale qu'il

faut penser pour expliquer les troubles ou syndromes mineurs, le plus souvent de type dépressif, qui apparaissent cycliquement après l'hystérectomie, comme si les centres supérieurs conservaient le souvenir d'une rythmicité qui faisait autrefois partie intégrante de l'organisme et en fonction de laquelle celui-ci était organisé. Enfin, c'est aux modifications hormonales qu'il faut imputer les divers changements de l'habitus, de la silhouette... dont on sait qu'ils sont des facteurs aggravants du trouble psychique et parfois même le facteur causal.

Il faut encore souligner que si, en règle générale, les manifestations cliniques surviennent peu de temps après l'intervention, dans un certain nombre de cas, elles n'apparaissent que très tardivement, à l'âge où aurait dû s'effectuer la ménopause physiologique. Jayle a montré qu'il existait alors une sécrétion persistante d'œstrogènes qu'il attribue « à l'augmentation compensatrice de cette composante de la sécrétion du cortex surrénal ».

Il est curieux, écrit P. Abély, de constater qu'une ancienne ovariectomisée totale puisse faire à l'âge critique normal des troubles identiques à ceux d'une femme non castrée auparavant. Une ovariectomisée n'échappe donc pas complètement aux désagréments habituels de la ménopause naturelle, même si elle a été traitée par des hormones de suppléance. Et P. Abély arrive à se demander si l'ovaire est bien le principal responsable « du retour d'âge ». Ne s'agirait-il pas plutôt d'un processus général d'involution du « mouvement d'horlogerie neuro-hypophyso-ovarien ».

Quant aux résultats des tracés électro-encéphalographiques, nous avons vu qu'il était impossible d'en tirer des conclusions certaines. Dans un seul cas, très précis, où les signes électro-cliniques obtenus chez une femme ayant subi une hystérectomie avec ovariectomie sont superposables à ceux obtenus chez une femme présentant des accidents comitiaux, il semble intéressant de suivre l'évolution des troubles comparativement à l'amélioration des tracés. Il est intéressant de noter qu'un traitement anticomitial normalise le tracé tout en faisant disparaître les signes cliniques, ainsi que nous avons pu le constater chez Mme Cab... (obs. 10).

*
**

Dans nos observations personnelles, nous avons constaté après l'intervention l'apparition de névroses essentiellement, mais aussi de psychoses groupant quatre psychoses périodiques et un délire paranoïde.

La ménopause, dit P. Abély, est un véritable test d'équilibre nerveux antérieur et elle se ressent de tous les incidents du passé,

médicaux, affectifs, psychologiques et du milieu social. *A fortiori*, la brutalité de l'intervention exagère toutes les prédispositions antérieures et le conflit se répercute sur le plan psychique, somatique et moral. Elle ne fait qu'accroître le caractère souvent dysthymique, si souvent rencontré dans les antécédents. Elle ne fait qu'aggraver le type caractériel et affectif antérieur. C'est dire la part prépondérante du terrain. Nous avons retrouvé ce terrain prédisposant quatorze fois sur seize. Dans deux cas seulement, et il s'agissait chaque fois de psychose périodique, aucun élément n'a pu être retrouvé dans l'histoire de la malade.

Cela explique que l'hystérectomie avec ovariectomie pratiquée chez une femme névropathe dans un but thérapeutique soit systématiquement vouée à l'échec et l'état névrotique, loin de s'améliorer, s'aggrave. Nous l'avons constaté, en particulier, dans notre observation n° 7.

Lorsque l'intervention s'avère, du point de vue chirurgical, indispensable : si la malade présente un terrain névrotique, il y a un grand risque de voir se structurer une névrose grave et même si l'on est en présence d'une femme dont rien ne permet de penser qu'elle sera spécialement sensible à une telle intervention, dans ce cas pourtant particulièrement bien choisi, pourra naître et se développer une névrose.

Il semble que les théories psychogénétiques soient les plus à même d'expliquer ces troubles. L'intervention porte sur des organes qui sont particulièrement investis affectivement et dont on ne peut nier l'importance symbolique qu'ils revêtent. La femme est naturellement attirée par son ventre, périodiquement; lui ôter les organes qu'elle considère comme indispensables à sa féminité, c'est risquer de créer une grave humiliation narcissique et partant de faire naître une névrose dont l'angoisse et les idées hypochondriaques forment la toile de fond.

Il est beaucoup plus difficile d'expliquer l'apparition des psychoses. La psychogénèse se révèle insuffisante et il faut envisager le problème dans une perspective plus organiciste. Il se peut que la perturbation brusque dans le circuit neuro-hormonal suffise à éveiller des tendances psychopathiques pré-existantes qui ne s'étaient jusqu'alors manifestées que sous une forme assez mineure pour être passées inaperçues. Le bouleversement psychotique va évoluer selon le type émotif, affectif ou caractériel antérieur, vers les syndromes mélancoliques (plus rarement maniaques) et délirants. Ainsi Mme Bab... (obs. 11), chez laquelle on retrouvait des tendances dépressives, a fait après l'intervention des accès mélancoliques.

*
**

Notre étude ne nous permet pas de tirer de conclusions statistiques et d'établir dans quelle proportion une femme hystérectomisée et ovariectomisée présentera ou non des troubles après l'intervention. Nous avons voulu simplement mettre en évidence quelques cas précis de femmes qui, auparavant, étaient capables de mener une vie dans les limites du normal et qui, depuis, sont dans l'incapacité de se réinsérer normalement dans la société: au minimum, elles ont dû faire un séjour dans un hôpital psychiatrique.

Peut-on prévoir l'évolution psychique d'une femme devant subir une intervention radicale ? Bien que l'une des sources les plus dangereuses d'erreurs, écrit Marchand, soit « d'attribuer à une cause unique des symptômes psychiques résultant de causes nombreuses et compliquées », nous pensons que l'étude approfondie des antécédents peut permettre, dans une certaine mesure, sinon de prévoir l'avenir, du moins de l'envisager avec plus d'optimisme, tant il est vrai qu'une psychothérapie, tendant à rassurer la malade avant l'intervention et à la soutenir après, s'avère bénéfique car il semble bien, en fait, que le pronostic soit beaucoup plus psychique qu'endocrinien.

Vu, le Président de Thèse
Professeur Jean DELAY

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur Léon BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY P. — Les syndromes délirants de la ménopause en dehors des syndromes mélancoliques. *Ann. Méd. Psycho.*, mai 1954, n° 5.
- ABELY P. — Endocrinopathie et psychiatrie. *Soc. Méd. Paris*, 1955.
- ABELY P. — Le diencéphale, carrefour de jonction et d'entente de la médecine psychosomatique et de la médecine somato-psychique. *Ann. Méd. Psycho.* 1948, **2**, n° 3, 338-343.
- ABELY P. — Hypothalamus et troubles psychiques. *Ann. Méd. Psycho.*, 1951, **109**, n° 4, 417-434.
- ABELY P. — Les troubles neuro-psychiatriques de la ménopause. Assises françaises de Gynécologie de Nice, 1956. M. Deshons, édit., Colombes, 1956.
- ABELY P. — Premiers schémas endocrino-psychiatriques. *Ann. Méd. Psycho.*, 1947, **105**, n° 3, 242-248.
- AMELINE A. et BOITELLE G. — Les rapports psycho-somatiques en gynécologie. XIV^e Congrès de l'Ass. des Gyn. et Obst. de langue française, Paris, 28-30 sept. 1950. Masson et Cie, édit., pp. 128-151.
- ARTNER J. — « Psychosomatique » des troubles de la ménopause. *Wien. klin. Wschr.*, 1^{er} sept. 1961, **73**, n° 35, 565-573 (Bibliographie).
- ASAILLY A., LAINE B. — Les facteurs vasculaires et endocriniens de l'affectivité. *L'Exp. Scient. Franç.*, Paris 1948.
- BANCROFT-LIVINGSTONE G. — *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 1954, **61**, 628.
- BARUK H. — Traité de Psychiatrie. Masson et Cie, édit., Paris 1959.
- BARUK H. — Psychose ovarienne hypofolliculinique à forme cénestopathique et schizophrénique. Rôle des troubles circulatoires dans sa pathogénie. *Bull. Soc. Endocrino.* Séance du 24-6-48.
- BARUK H. — Les psychoses ovariennes et leur traitement. - Entretiens de Bichat (Thérapeutique), 1956, 147-148.
- BECLERE Cl. — Troubles de la castration. *Rev. Prat.*, 1^{er} janv., 1953, **111**, n° 1, 35-46.

- BECLERE Cl. — Les dosages hormonaux dans les troubles de la préménopause et de la post-ménopause. *Assises Franç. Gyn.*, 1956, p. 43 (Bibliographie).
- BEDRINE H., POITEAU J. et HOULNE P. — « Ménopause et sexualité ». *Assises Franç. de Gyn. de Nice*, 1956. M. Deshons édit., Colombes 1956.
- BENEDEK T. — Psychosexual Functions in Women. Studies in Psychosomatic Medicine. Ronald Press Co., New-York 1952.
- BENEDICT R. — Psychiatry, 1938, **1**, 161.
- BEWS J.W. — Human Ecology, London 1935. Oxford University Press.
- BLEULER M. — Endocrinologie et psychiatrie. G. Thieme édit., Stuttgart 1954. 498 pages (importante bibliographie).
- BONAPARTE M. — De la sexualité de la femme. P.U.F., Paris 1951.
- BOESKY D., CROSS T.N. and MORLEY G.W. — *Am. J. Obst. Gyn.* 1960, **80**, 1209.
- BORDELEAU J.-M. et MARTEL P. — Hystérectomie et troubles psychiatriques. *Union Méd. Canada*, juin 1962, **91**, n° 6, 602-606.
- BOREL J. — Le déséquilibre psychique. P.U.F., Paris 1947.
- BOREL A. — Troubles psychiques de la ménopause. *Rev. Prat.*, 11 octobre 1953. **3**, n° 26, 1857-1859.
- BREITNER. — Geburt u. Frauenh., 1957, **17**, 281.
- BRET J., BARDIAUX M. et JAYLE M. — Algies vertébrales des castrées. *Rhumatologie*, nov-déc. 1950, n° 6, 249.
- Mc CALL M. KEATY E. et THOMPSON J. — *Am. J. Obst. Gyn.*, 1958. 590-605.
- CASTALLO et WAINER. — *Am. J. Obst. Gyn.*, 1950, **60**, 406.
- CHADWICK M. — The psychological Effect of Menstruation. - Nervous and Mental diseases Publishing Co., 1932.
- CHAMBERLAIN H.-E. — Aspects psychiques de la ménopause. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1947, **54**, n° 2, 301-306 (Bibliographie).
- CHAMPSPIERRE R.-P. — Contribution à l'étude endocrino-psychiatrique de la ménopause. Thèse Paris, 1960, n° 867, 64 pages.
- COHEN-SOLAL. — Thèse Alger 1938.
- COLMEIRO-LAFORET C. — Nuevos problemas ginecologicos. Estudio de fisiopatologia sexual. Buenos-Aires, Martinez de Muguia, 1955.
- COLMEIRO-LAFORET C. — La frigidity chez les hystérectomisées. *Rev. Gin. Obst.*, janv. 1960, **54**, n° 1, 11-16, (Bibliog. résumé français).
- CONTAMIN R., MOULIN C. et FERRIEUX J. — Les conditions du « bien-être » après hystérectomie. *Gynéc. Obst.*, juil.-sept. 1961, **60**, n° 4, 451-478, 11 tab.
- CORDIER J. — Psychoses confusionnelles après hystérectomie. *Acta neurol. psych. belg.*, mai 1955, **55**, n° 5, 416-429 (Bibliog.).

- DELAPLAINE R.-W., BOTTOMY J.-R., BLATT M., WIESBRADER H. et KUPPERMAN H.S. — Contrôle efficace de la ménopause chirurgicale par implantation de pellet d'œstradiol au moment de l'opération. *Surg. Gyn. Obst.*, mars 1952, **94**, n° 3, 322-333 (Bibliographie).
- DELAY J. — Introduction à la médecine psychosomatique. Masson et Cie édit., Paris 1961.
- DELAY J., BERTAGNA L., LAURAS A. — ACTH et cortisone en psychiatrie. *Ann. Méd. Psycho.*, 1954, **112**, n° 4, 536-540.
- DEUTSH F. — Analysis of postural behaviour. *Psychoanalyt. quart.* 1957, **16**, 195. And, thus speaks the body. An analysis of postural behaviour. *Tr. New-York Acad. sc.*, 1949, **12**, 49.
- DEUTSCH H. — Some psychoanalytic observations in surgery. *Psychosom. Med.*, 1942, **4**, 105.
- DEUTSCH H. — The significance of masochism in the mental life of women. New-York. The Psychoanalytic Reader, Inter. Univers. Press., 1948.
- DEUTSCH H. — La psychologie des femmes. *P.U.F.*, Paris 1953.
- DODDS D.T., POTGIETER C.R., TURNER P.J., SCHEEPERS G.P. — The physical and emotional results of hysterectomy; a review of 162 cases. *South Afr. Med. J.*, 21 janv. 1961, **35**, 53-54.
- DRELLICH M.G., BIEBER I. et SUTHERLAND A.M. — L'incidence psychologique du cancer et de la chirurgie du cancer. - VI. Adaptation à l'hystérectomie. *Cancer* 1956, **9**, 1120-1126.
- DRELLICH M.G. et BIEBER I. — Importance psychologique de l'utérus et de ses fonctions. *J. Nerv. Ment. Dis.*, av. 1958, **126**, n° 4, 322-336 (Bibliog.).
- ELLISON Eugène-T. and THORNTON W.D. — Late results of pelvic surgery. *South Afr. Med. J.*, 1954, **47**, 913-918.
- EY H., BERNARD P. et BRISSET Ch. — Manuel de Psychiatrie. Masson et Cie édit., Paris 1960.
- EZES. — Les troubles de la castration ovarienne et son traitement. *Concours Méd.*, 1955, **26**, III, p. 1265.
- FIELD R.J. Sr., FIELD R.J. Jr. — Effect of hysterectomy on young women. *Mississippi Docteur*, July 1958, **36**, 2, 31-32.
- FILLER and DREZNER. — *Am. J. Obst. Gyn.*, 1944, **47**, 122.
- FLAMENT J. (Bruxelles). — Le rôle des facteurs psychologiques dans les psychoses du post-partum. *Acta Neur. Psych. Belg.*, mai 1955, **55**, n° 5, 416-429.
- FROEWIS u. PICHA. — *Geburt u. Frauenh.*, 1955, **15**, 806.
- FUNCK BRENTANO P. et ROBERT H.G. — Traitement des troubles de la castration chirurgicale. *Encycl. méd. chir.*, Gynécologie I, 6-1954, 474 C 10.
- FUNCK BRENTANO P. et THOMASSON J. — L'ovaire restant après hystérectomie. *Rev. franç. Gyn. Obst.*, mars 1958, **3**, 217.
- FUNCK BRENTANO P. — La castration chirurgicale et son traitement. *Actualité gynéco.* 1^{re} série, 1953, p. 408.

- FUNCK BRENTANO P. — La castration chirurgicale et son traitement. *Caz. Hôp.*, 10 mai 1953, **126**, n° 13, 197-203.
- GACHKEL V. — Indices psychosomatiques des hystérectomies. *Rev. Méd. psychosomat.*, janv.-mars 1959, I, n° 1, 70.
- GASTON. — *Surg. Gyn. and Obst.*, 1945, **80**, 539.
- GAUTRAY J.P. — Eléments de neuro-endocrinologie. Chirurgie en gynécologie et obstétrique. 1 vol. Masson et Cie édit., Paris 1962.
- GAYRAL, FENIER — Confusion mentale onirique grave prémenstruelle par hyperfolliculinie. *Bull. Soc. Méd. Chir. et Pharm.* Toulouse, séance de juillet 1949.
- GILBERT-DREYFUS, ZARA M. et ROUSSEL-LE GUEN J. — Le traitement hormonal de la ménopause. — Assises Franç. de Gyn. de Nice, 1956. M. Deshons édit., Colombes 1956.
- GOMES DE SILVEIRA J.C. et coll. — La répercussion de l'hystérectomie sur la fonction ovarienne. *Revista de Gin. e Obst.*, Rio de Janeiro, juillet 1956, **98**, 7.
- GOMES DE SILVEIRA J.-C. — Le syndrome post-hystérectomie. *Revista de Gin. e Obst.* Rio-de-Janeiro, mars 1957, **100**, 87-100.
- GREEN-ARMYTAGE V.B. — *Brit. med. J.*, 1955, i, 971.
- GROGNAN et DUCAN G. — *Am. J. Obst. Gyn.*, 1955, **70**, 1277.
- GUINET P. — Traitement des troubles de la ménopause. *Rev. Lyon Méd.*, 1954, **3**, 4, 127.
- GUIRAUD P., BOITELLE G., ROUAULT DE LA VIGNE A. — Etat maniaque périodique remplaçant les règles. Action de la progestérone et de la radiothérapie diencéphalique. *Ann. Méd. Psycho.*, 1946, **104**, 3, 254-256.
- HARDING E. — Les mystères de la femme dans les temps anciens et modernes. Payot édit., Paris 1953.
- HERMAN K. — Cycle menstruel et psychoses. *Arch. suisses Neurol. et Psychiat.* 1949, **64**, n° 1-2.
- HESNARD A. — Apport de la phénoménologie à la psychiatrie contemporaine. Congrès de Psych. et de Neurol. de langue franç., Tours 8-13 juin 1959. Masson édit., Paris.
- HOLLENDER M.H. — A study of patients admitted to a psychiatric hospital after pelvic operations. *Am. J. Obst. Gyn.*, mars 1960, **79**, 498-503.
- HORAK J. — Problèmes sexuels et gynécologiques chez la femme après hystérectomie abdominale et amputation supravaginale de l'utérus. *Cesk. Gynék.*, **26**, 378-382, jun. 61 (63).
- HUFFMANN. — *Am. J. Obst. Gyn.*, 1950, **59**, 915.
- HUNT J.H. — Discussion sur les conséquences de l'hystérectomie et de l'ovariectomie. *Proc. Roy. Soc. Med.*, juin 1957, **50**, n° 6, 415-422, 3 fig. (Bibliographie).
- IMIELINSKI K. — The problem of the reversibility of post castration psycho-

endocrinological syndromes in the light of a case. *Neurol. Neurochir. Psychiat. Pol.*, mai-juin 1961, **11**, 373-377.

JACOBS W.M. et DAIBY H.J. — L'hystérectomie chez les jeunes femme. *Surg. Gyn. Obst.*, mai 1956, **102**, n° 5, 539-542.

JACOBS W.M. et coll. — Effets de l'hystérectomie sur les jeunes femmes. *Surg. Gyn. Obst.*, mars 1957, **104**, n° 3, 307.

JAHIER H. et GAUTRAY J.P. — Neuro-endocrinologie et gynécologie. *Sem. Méd.*, 1961, **37**, 3, 76-77.

JESSNER L., BLOM G. and WALDFOGEL S. — Emotional implications of tonsillectomy and adenoidectomy on children in psychoanalytic Study of the Child, 1952, **7**, 126.

JEWETT. — *Am. J. Obst. and Gyn.*, 1952, **60**, 400.

JUSTIN BESANÇON et KLOTZ P. — Accès mélancolique périodique rythmé par les règles. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 24 oct. 1947.

KLOTZ H.P. — Les variations de réceptivité du système nerveux à l'égard des sécrétions hormonales. *Sem. Hôp. Paris*, 1955, **31**, 65, 3427-3430.

KLOTZ-LEVI-VALENSI R. — Possibilités et limites de l'hormonothérapie dans les psychoses endocriniennes. Thèse Méd., Paris 1954.

KNAUS H., BLOCH S. et coll. — La psychogénèse des troubles de la ménopause. *Med. Klin.*, 29 janv. 1960, **55**, n°, 181-184.

LUGARESI E., GENTILI C. et CAVALCA G.C. (Bologne). — Epilessia ad accessi periodici in soggetti istero-annesiectomizzati.

LAFFONT. — Manuel de Gynécologie. Masson et Cie édit., Paris 1952.

Mc LAREN H. — 1. Ménopause normale. 2. Ménopause provoquée. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, fév. 1941, **48**, n° 1, 1 (Bibliog.).

LAYANI F. — Les rhumatismes endocriniens. *Rev. Rhum.*, oct. 1946, **13**, 10.

LAYANI F. et DURUPT L. — Le rhumatisme de la ménopause. *Assises Franç. de Gyn. de Nice*, 1956, Deshons édit., Colombes 1956.

LETAILLEUR H., SCHMIDT P. et WICKER M. — Accidents mentaux de la thérapeutique cortisonique. *Ann. Méd. Psycho.*, 1954, **112**, n° 4, 530-535.

LINDEMANN E. — Observations des séquelles psychiatriques des interventions chez la femme. *Am. J. Psychiat.*, 1942, **98**, 132.

LOURENCO A.N. — The behaviour of the hysterectomized patients (results of a survy of about 1.000 patients). *J. Med. (Porto)*, 21 janv. 1961, **44**, 153-158.

MALLESON J. — *Brit. Med. J.*, 1955, i, 1427.

MALLESON J. — Les modifications du caractère dans la ménopause. *Minerva méd.*, 19 mai 1955, **46**, n° 40, 1436-1438.

MARANON. — La ménopause. *Assises Franç. de Gyn.*, 1956, p. 9.

MARANON. — L'âge critique. Etude pathogénique et clinique. F. Alban édit., Paris 1934.

- MARQUES A. — Les expressions psychodynamiques de la ménopause. *Hospital*, janv. 1955, **47**, n° 1, 355 (Bibliog.).
- MEAD G.H. — *Mind., Self and Society*. Chicago, 1934, University of Chicago Press, p. 138.
- MELODY G.F. — *West. J. Surg.*, 1954, **62**, 235.
- MELODY G.F. — *Obst. and Gyn*, 1958, **11**, 139
- MELODY G.F. — *J. intern. Coll. Surgeons*, 1961, **35**, 283.
- MELODY G.F. — Réactions dépressives après hystérectomie. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1^{er} fév. 1962, **83**, n° 3, 410-413 (Bibliog.).
- MELTZER (Mlle), FARGEAT et JOUBERT M.P. — Hormones sexuelles et hypophysaires dans les psychoses. Recherches cliniques, biologiques et expérimentales. *Ann. Méd. Psycho.*, 1948, **1**, 446-459.
- MENZER D. et coll. — Exemples de guérison émotionnelle après hystérectomie. *Psychosom. Méd.*, sept.-oct. 1957, **19**, n° 5, 379-388 (Bibliog.).
- MERGER. — Précis d'obstétrique. Masson et Cie édit., Paris.
- MEYER-BISH. — Les troubles mentaux et somatiques d'origine hypo-ovarienne. Quelques observations et traitements étiologiques. *Sem. Hôp. Paris*, 2-6 août 1955, n° 46-47, 2601-2605.
- MINTZ. — Essai de comparaison des suites éloignées de deux groupes d'hystérectomies: 33 avec conservation ovarienne, 42 avec castration. *C.R. Soc. Franç. Gyn.*, juin-oct. 1960, **30**, n° 6, 365-399 (Bibliographie).
- MONTASSUT M., BOULEAM H.D. et MONEROT E. — Cycle dépressif mensuel chez des femmes hystérectomisées. *Ann. Méd. Psychol.*, 1950, **108**, n° 4, 502-506.
- MORICARD F. (Mme). — Les troubles de la castration chirurgicale. *Gyn. Obst.*, 1959, **11**, n° 1 bis, 13-35 8 fig. (Bibliog.).
- MORTON R.K. — Social theory and social structure. Glencoe HL, 1957. The free Press, chap. XI, 421-436.
- MOUGENOT. — *C.R. Soc. Franç. Gyn.*, 20 fév. 1956, p. 84.
- MUNNEL. — *Am. J. Obst. Gyn.*, 1947, **54**, 31.
- NETTER A., YANEVA H., SALOMON Y. et de LESTRADE. — Physiologie de la ménopause. *Assises Franç. de Gyn. de Nice*, 1956, M. Deshons édit., Colombes 1956.
- O'NEILL D. — Les troubles psychiatriques de la ménopause. *Practitioner*, mai 1959, **182**, n° 1091, 565-569 (Bibliog.).
- PATTERSON R.M. et coll. — Caractéristiques sociales et médicales des malades psychiatriques hystérectomisées ou non. *Inter. Surg. Dig.*, juil. 1960, **69**, n° 7, 426-429.
- PATTERSON R.M., CRAIG J.B., SIMON D., LEFTON M. and PASAMANICK B. — *Obst. and Gyn.*, 1960, **13**, 209
- PAUL B.D. — *Am. J. Pub. Health*, 1958, **48**, 1502.

- PERRIER F. — Les troubles psychiques de la ménopause. *Vie méd.*, fév. 1954, **35**, n° 2, 139-140.
- PICHA. — *Geburt u. Frauenh.*, 1957, **17**, 81.
- POLONOWSKI M. — Pathologie chimique. Masson et Cie édit., Paris 1952.
- POLONOVSKI M. — Biochimie médicale. Masson et Cie édit., Paris 1952.
- RICHARDS N.A. — *Proc. R. Soc. Med.*, 1951, **44**, 496.
- ROGERS C.R. — *Counseling and Psychotherapy*, Boston, 1942, Houghton Mifflin.
- ROYER H., ALLIEZ J. et LOGOS H. — Mélancolie récidivante rythmée par la grossesse ou la lactation. *Marseille Méd.*, 15 oct. 45.
- SARBIN T.R. — *Handbook of social psychology*, Reading, Man. 1952, Addison Wesley, p. 244, G. Lindzey édit.
- SAUGUET (Mme). — Manie intermittente et hyperhypophysie antérieure élective. *Ann. Méd. Psycho.*, 1957, **105**, n° 2, 151-152.
- SCHILDER P. — *The image and appearance of the human body*. Psych. Monograph. London. Kegan, Paul, Trench, Trubner and Co., Ltd., 1935.
- SCHOLTZ. — *Zent. Gynäk.*, 1958, **80**, 3.
- SCHWARTZ O. — Psychologie sexuelle. Presses Univ. France, Paris 1952.
- SICA A. — Sex behaviour in the hysterectomized woman. *Riv. Obst. Ginec. Prat.* mars 1961, **43**, 240-5. (Italie).
- SMIRNOFF V.N. — Psychologie du vieillissement et pratique médicale. G.M. de France, 2 juin 1957, **64**, 1199-1205.
- STAEBELIN J.E. — Psychopathologie du mésencéphale et du diencéphale. *Arch. suisses Neurol. et Psych.*, 1944, **53**, 2.
- STEKEL W. — *La femme frigide*. Lib. Gallimard, Paris 1942.
- STURGIS S.H., ROBEY H.S. — Psychological implications of hysterectomy. *Conn. Med.*, déc. 1959, **23**, 786-92.
- SUTHERLAND A.M. et ORBACH C.E. — Incidence psychologique du cancer et de la chirurgie du cancer. II - Réactions dépressives associées à la chirurgie du cancer. *Cancer*, 1953, **6**, 958-962.
- TALAIRACH J. — Des relations des troubles mentaux et des fonctions ovariennes. Thèse Méd., Paris 1941.
- TAYLOR, CORCORAN et PAGE. — L'hypertension de la ménopause; étude critique. *Am. J. Med. Sc.*, 1947, **213**, 475.
- TRAISSAC-DECROUX. — Chirurgie conservatrice - ovaire unique. Etude et pourcentage des troubles de la castration sur 108 cas de femmes hystérectomisées. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1957, **11**, n° 4 bis, 297.
- TRAISSAC R., PERRIN P. et MORIN J. — La ménopause chirurgicale. *Assises Franç. de Gyn. de Nice*, 1956, M. Deshons édit., Colombes 1956.
- TROUIEVTZEVA G.M. — Le traitement hormonal dans les angio-névroses climériques et après castration. *Akoucherstvo Ginek.*, 1954, n° 2, 32-35.

- TUSQUES J., BENOIT G. et RANSON J. — Troubles mentaux et glandes sexuelles. *Encycl. Méd. - Chirurg. Psychiatrie*, I, **10**, 37640.
- VALLIN Y. — Traitement des troubles de la castration et de la ménopause. *Presse Méd.*, 7 juin 1952, **60**, n° 39, 847-848 (Bibliog.).
- VANECLOO M., BENSOUSSAN. — Les facteurs vasculaires et endocriniens de l'affectivité. Une observation type. *Ann. Méd. Psycho.*, 1591, 109, n° 2, 222-226.
- WAROT P. et FOSSATI P. — Psychose et glandes endocrines. Rapport au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LIX session, Montpellier 10-15 juillet 1961. C.R. du Congrès, Masson et Cie édit., Paris 1962, 83-211. (Bibliog.).
- WEILL-HALLE. — Le complexe de la ménopause. *Sem. Hôp. Paris*, 1956, n° 50-51, 2677-2685.
- WEISS E. et ENGLISH S. — Médecine psychosomatique. Delachaux et Niestlé. Neuchâtel 1952.
- WHITLAW R. — *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 1958, LXV, 12, 917.
- WILSON H. — Les troubles mentaux à la ménopause. *Practitioner*, août 1955, **175**, n° 1046, 155-160 (Bibliog.).
- WOLFROMM H.M. — Troubles psychiques de la ménopause. *Minerva med.*, 19 mai 1955, **46**, n° 40, 1440-1443.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Historique	9
Troubles contingents, générateurs de conflits	17
I. — <i>La fonction menstruelle</i>	17
II. — <i>La fonction de reproduction</i>	18
III. — <i>Les troubles sexuels</i>	19
IV. — <i>Les troubles neuro-vasculaires</i>	21
V. — <i>Troubles divers</i>	22
Troubles mentaux spécifiquement liés à l'intervention	25
Le syndrome hormonal	33
Observations personnelles	37
Bilan hormonal	71
Données électro-encéphalographiques	75
Conclusions	79
Bibliographie	85

